CUENTA DE COBRO No. 3 DE 4

EL INDERHUILA
NIT 813.005.578-7

DEBE A
OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
C.C. 1.082.215.328

LA SUMA DE: DOS MILLONES SEICIENTOS MIL PESOS M/CTE. ($2.600.000)

POR CONCEPTO DE: contrato de prestación de servicios No. CDIH123-2022, cuyo objeto es la prestación de los servicios COMO MONITOR PROFESIONAL DEPARTAMENTAL DE HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE PARA QUE ORIENTE EL DESARROLLO DEL PROGRAMA HUILA ACTIVO Y SALUDABLE EN LOS MUNICIPIOS DE YAGUARA – IQUIRA EN EL DEPARTAMENTO DEL HUILA. Durante el periodo comprendido del 01 de Abril al 30 de Abril de 2022.

Favor consignar a la cuenta de ahorros banco BANCOLOMBIA No. 457-869931-17, según certificación bancaria anexa.

Neiva, 01 de Mayo de 2022



OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
C.C. 1.082.215.328 de Yaguará
Celular. 3204115081

Bancolombia

Neiva, 25 de enero de 2022

## HACEMOS CONSTAR:

Cordial saludo,

**BANCOLOMBIA S.A.** se permite informar que **OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO,** identificado(a) con Cedula de Ciudadania Número **1082215328,** a la fecha de expedición de esta certificación tiene con el Banco los siguientes productos:

| Nombre Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 457-869931-17 | 2018/01/03 | ACTIVA |

El manejo de este (os) producto(s) es adecuado y responde a las condiciones y compromisos adquiridos con BANCOLOMBIA.

Estamos a su disposición para confirmar la anterior información, en el teléfono (8)8631624 Ext. 162 de Neiva o en nuestra sucursal Bancolombia Centro Comercial San Pedro.

Atentamente,

BANCOLOMBIA
Neiva - Of. 457 Exito Neiva

Asesor Integral II N° 154
Cédula N° 1075234222

**LEIDY MARCELA MONTEALEGRE ULLOA**
Asesora Integral II
Oficina 457 C.C SAN PEDRO
* **Importante:** Esta constancia sólo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

| | |
|---|---|
| RAZON SOCIAL : | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| IDENTIFICACION: | CC-1082215328 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2022-05-04 |
| FECHA LIMITE DE PAGO: | 2022-05-06 |
| FECHA DE PAGO: | 2022-05-03 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO DAVIVIENDA |
| PERIODO PENSION: | 2022-04 |
| PERIODO SALUD: | 2022-04 |
| NUMERO PLANILLA: | 23218140 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 23218140 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CODIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NUMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS037 | 900156264 | NUEVA E.P.S. S.A. | 1 | $ 1.000.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 125.000 | $ 125.000 |
| 230301 | 800224808 | PORVENIR | 1 | $ 1.000.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 160.000 | $ 160.000 |
| 14-23 | 860011153 | POSITIVA | 1 | $ 1.000.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 24.400 | $ 24.400 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 309.400 | $ 309.400 |

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 07/06/2022 |

| | |
|---|---|
| ***Nombre Contratante*** | **INSTITUTO DEPARTAMENTAL DEL DEPORTE, LA EDUCACIÓN FÍSICA, LA RECREACIÓN Y EL APROVECHAMIENTO DEL TIEMPO LIBRE DEL HUILA – "INDERHUILA"** |
| ***Nombre Supervisor*** | **ELIZABETH LEAL ÁVILA** |
| ***Nombre Contratista*** | **OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO** |
| ***Identificación Contratista*** | **1082215328 de YAGUARA HUILA** |
| ***Tipo de contrato*** | **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES.** |
| ***N° contrato*** | **CDIH123-2022** |
| ***Objeto del contrato*** | **PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO MONITOR DEPARTAMENTAL DE HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE PARA QUE ORIENTE EL DESARROLLO DEL PROGRAMA HUILA ACTIVO Y SALUDABLE EN LOS MUNICIPIOS DE YAGUARÁ-IQUIRA, EN EL DEPARTAMENTO DEL HUILA.** |
| ***Informe N°*** | **3/4** |
| ***Correspondiente al periodo*** | **DEL PRIMERO (01) AL (30) DE ABRIL DE 2022** |
| ***Valor a cobrar*** | **$2.600.000** |
| ***Fecha de entrega de informe*** | **04 DE MAYO DEL 2022** |

| **ACTIVIDADES ESPECÍFICAS REALIZADAS EN DESARROLLO DEL CONTRATO CDIH123-2022 DE 2022** | |
|---|---|
| **OBLIGACIONES** | **ACCIÓN REALIZADA** |
| 1. Residir obligatoriamente en el municipio o uno de los municipios donde realizara sus acciones en caso de tener la dirección de 2 municipios. | Resido en el Municipio de Yaguará en la dirección calle 1 #8-08 barrio las Mercedes, en el informe anterior se anexo el certificado de residencia. |
| 2. Conformar como mínimo cuatro (4) grupos regulares de actividad física (1) grupo debe estar integrado como mínimo por 60 personas y tres (3) con un mínimo de 40 personas cada uno. Las sesiones se deben realizar de manera presencial teniendo en cuanta los protocolos de bioseguridad personal y garantizando el distanciamiento, dirigir las sesiones tres (3) veces por semana, con una duración de 60 minutos, priorizando las personas entre 18 a 60 años, es decir, por lo menos la mitad más uno de personas de cada grupo dentro de este rango de edad, cabe anotar, que las personas que participen de esta estrategia deben vivir en el municipio donde está impactando el monitor. En caso de que las entidades encargadas del municipio no permitan el proceso de presencialidad se debe reportar por escrito de parte de la alcaldía municipal correspondiente; ante la supervisión del INDERHUILA de esta manera se podrá permitir la creación de manera virtual por medio de Facebook Live en grupos cerrados o alguna de las diferentes plataformas dadas en consenso con el Gestor. | Con apoyo de la oficina de Turismo, Cultura, Recreación y Deportes en el municipio de Yaguará, y la oficina de Cultura y deportes del Municipio de Iquira se conformaron 4 grupos regulares de actividad física musicalizada dirigida de manera presencial intervenidos 3 veces por semana con cada uno de ellos.<br><br>Yaguará<br>Grupo Regular: HEVS PARQUE PRINCIPAL.<br>Ubicación: Parque Ángel María Paredes.<br>Días: lunes, miércoles y viernes.<br>Hora: 7:00 Pm<br>Usuarios proyectados: 60<br><br>Yaguará<br>Grupo Regular: HEVS VILU.<br>Ubicación: Polideportivo V/. VILU.<br>Días: lunes, miércoles y viernes.<br>Hora: 5:00 Pm<br>Usuarios proyectados: 40<br><br>Yaguará:<br>Grupo Regular: HEVS LA TRIBU TUMGURAHUA. |

| | |
|---|---|
| | Ubicación: Polideportivo del Barrio Tungurahua.<br>Días: martes, jueves a partir de las 7:00 pm y los sábados 6:00 am.<br>Usuarios proyectados: 40<br><br>Iquira<br>Grupo Regular: HEVS IQUIRA CIC.<br>Ubicación: Polifuncional.<br>Días: lunes, miércoles y viernes a partir de las 3:30 pm<br>Usuarios proyectados: 40<br><br>Se reactiva las fans page Huila Activo Y Saludable – Oscar Iván Trujillo, donde se cargará información en promoción de Hábitos y Estilos de Vida Saludable, a través del link: https://www.facebook.com/oskar.trujillo.946 |
| 3. Atender por lo menos un (1) grupo de actividad física no regular de manera presencial, con un mínimo de 40 personas, teniendo en cuanta los protocolos de bioseguridad personal y garantizando el distanciamiento, dirigir las sesiones una o dos (1-2) veces por semana, con una duración de 60 minutos. | Con apoyo de la oficina de Turismo, Cultura, Recreación y Deportes en el municipio de Yaguará, y la oficina de Cultura y deportes del Municipio de Iquira, se conformó 1 grupo de actividad física no regular en el ámbito comunitario; teniendo en cuenta los protocolos de bioseguridad personal y garantizando el distanciamiento.<br><br>Iquira:<br>Grupo no Regular: HEVS BETANIA.<br>Ubicación: POLIDEPORTIVO.<br>Días: martes y jueves<br>Hora: 5:00 Pm<br>Usuarios proyectados: 40 |
| 4. Tamizar y reportar en carpeta rotulada y de manera ordenada al gestor las fichas de todos los usuarios de los grupos regulares y reportar en el mecanismo de captura de información que estipule el INDERHUILA, así mismo realizar el tamizaje de evaluación de los usuarios. | Se realizó el Tamizaje a los participantes de los grupos regulares:<br>Yaguará<br>Grupo Regular: HEVS PARQUE PRINCIPAL.<br>Usuarios: 60<br><br>Yaguará:<br>Grupo Regular: HEVS LA TRIBU TUMGURAHUA.<br>Usuarios: 40<br><br>Iquira:<br>Grupo no Regular: HEVS BETANIA.<br>Usuarios: 40 |

| | |
|---|---|
| | Los tamizajes se encuentran en la carpeta rotulada y se espera que para el mes de mayo estén listos los dos grupos que faltan. |
| 5. Diseñar las sesiones teniendo en cuenta poblaciones con patologías (personas con enfermedades crónicas no transmisibles como hipertensión arterial, diabetes, osteoartritis, osteoporosis, entre otros). | Las sesiones de actividad física se realizan en diferentes modalidades como Gimnasia Aeróbica, Rumba Aeróbica, Artes Marciales Mixtas, Estimulación Muscular (según la OMS nos dice que al realizar la actividad física nos mejora el rendimiento laboral y académico, fortalece el corazón, mejora la forma física y cardiorrespiratoria, entre otros). Cada una con objetivos diferente pero cada una de ellas tiene un componente importante para desarrollar o mejorar las diferentes cualidades físicas. Se tienen precauciones en los movimientos de alto impacto o giros a un pie; se realizan constantes recomendaciones para las personas que realizan la sesión con alguna patología y por último durante la sesión les recuerdo la escala de percepción del esfuerzo modificada de Borg con el propósito de poder llevar un mejor seguimiento del esfuerzo físico de las personas. |
| 6. Realizar por lo menos cuatro (4) acciones mensuales para la promoción de hábitos y estilos de vida saludable al mes, donde se evidencie que la acción pueden ser reportada registrando un mínimo de 15 usuarios. Dichas acciones se deben reportar mensualmente en el informe. | El miércoles 6 de abril de 2022 a partir de las 8:00 am, Se realizó una sesión de actividad física en el **HOGAR INFANTIL DE YAGUARA**, con el propósito de celebrar el día mundial de la actividad física en el Municipio de Yaguará. En esta acción se impactaron **80 personas** de manera presencial.<br><br>El miércoles 6 de abril de 2022 a partir de las 10:00 am, Se realizó una sesión de actividad física en el **HOGAR GERIATRICO DE YAGUARA**, con el propósito de celebrar el día mundial de la actividad física en el Municipio de Yaguará. En esta acción se impactaron **20 personas** de manera presencial.<br><br>El jueves 7 de abril de 2022 a partir de las 3:00 pm, Se realizó una sesión de actividad física musicalizada con la **ALCALDIA MUNICIPAL DE YAGUARA**, con el propósito de celebrar el día mundial de la seguridad en el trabajo en el Municipio de Yaguará. En esta acción se impactaron **20 personas** de manera presencial.<br><br>El jueves 28 de abril de 2022 a partir de las 3:00 pm, Se realizó una sesión de actividad física musicalizada con la **ESE MARIA AUXILIADORA**, con el propósito de celebrar el día |

| | |
|---|---|
| | mundial de la seguridad en el trabajo en el Municipio de Iquira. En esta acción se impactaron **15 personas** de manera presencial. |
| 7. Realizar una (1) consejería a hogares de priorizados de algunos de los grupos regulares o de acuerdo con los parámetros establecidos INDERHUILA. | Se inicia el proceso de consejería con las familias de los usuarios de los grupos regulares y no regulares, de la siguiente manera:<br><br>Para la primera visita se inició informando a la familia del desarrollo de esta estrategia, los a los integrantes de las familias, se hace una serie de preguntas sobre actividad física en el tiempo libre, actividad física como medio de transporte, conductas sedentarias y medidas antropométricas para las personas mayores de edad. Para los menores de edad se realizan algunas preguntas sobre conductas sedentarias y tiempo de exposición a pantallas. Se dan a conocer las recomendaciones según la OMS, se explica que es actividad física y su importancia y los beneficios de la misma. Para finalizar se establecen algunas metas que se puedan cumplir. La familia impactada en el municipio de Yaguará es la siguiente:<br><br>Grupo regular: HEVS LA TRIBU TUNGURAHUA<br>Usuaria: Norma Constanza Ocampo Tovar<br>Integrantes del hogar: 4<br>Integrantes intervenidos: 4<br>Fecha de seguimiento: 21 de abril del 2022. |
| 8. Realizar como mínimo dos (2) asesorías durante la vigencia del contrato a las instituciones u organizaciones en el ámbito educativo, ámbito laboral o salud, de acuerdo con los parámetros establecidos en la ruta metodológica y enviar este reporte en el formato establecido, garantizando que se intervenga por lo menos el 60% de total de la población de la institución u organización. Cabe anotar que el primer reporte de las asesorías a instituciones u organizaciones (Capacitación), debe estar reportado en el segundo mes de acuerdo a la fecha del inicio del contrato de prestación de servicios, información que debe estar registrada en los informes mensuales, cabe resaltar que en el ámbito laboral el número de personas que conforman la institución u organización no debe ser inferior a diez (10) personas, y en el ámbito | Se realizó el primer paso o la capacitación de HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE (la importancia de una buena alimentación y la realización de actividad física en niños y adultos) con la Institución Educativa Fernando monje casanova y se programó las fechas para las siguientes asesorías.<br><br>Se realizó el primer paso o la capacitación de HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE (la importancia de una buena alimentación y la realización de actividad física en niños y adultos) con EPY EMPRESAS PUBLICAS DE YAGUARA y se programó las fechas para las siguientes asesorías. |

| | |
|---|---|
| educativo no debe ser inferior a veinte (20) personas y en el ámbito de salud mínimo (10) personas. | |
| 9. Realizar un (1) evento masivo mensual, donde se evidencie la articulación con otras instituciones y que busque la participación de todos los grupos poblacionales con un mínimo de 100 personas de manera presencial o en alternancia con la virtualidad en donde se cumpla con por lo menos un mínimo de 80 personas presenciales y el restante por medio de proyección en simultánea a través de Facebook Live. Cabe anotar que el monitor debe realizar los eventos masivos en o los municipios que este interviniendo, en la evidencia fotográfica que se plasme en el informe debe claramente visualizarse la cantidad de personas y el monitor que la orienta. | Se realizó el evento masivo en celebración del **DIA MUNDIAL DE LA ACTIVIDAD FISICA EN EL MUNCIPIO DE YAGUARA,** hubo municipios invitados como Garzón, Campoalegre, entre otros; llevándose a cabo el día 8 de abril del presente año a las 6:00 PM, en el coliseo cubierto de la I E Ana Elisa Cuenca Lara, donde se logró reunir a 250 personas aproximadamente de manera presencial. |
| 10. Apoyar en el diseño, planeación y ejecución del sistema de capacitación territorial que se llevará a cabo en la vigencia 2022, de acuerdo con las orientaciones dadas por el Gestor de Hábitos y Estilos de Vida Saludable. | Se realizó el acercamiento a la administración municipal para solicitar apoyo con un espacio para la ejecución del taller continuo de actividad física |
| 11. Durante la ejecución del contrato articular a nivel municipal el trabajo intersectorial para la promoción de los hábitos y estilos de vida saludable por medio de una reunión que establezca una mesa de trabajo regular con diferentes entidades municipales de orden público y privado que permitan establecer relaciones de cooperación, colaboración y alianzas territoriales. | El día 3 de marzo se realizó una reunión con la jefe de la oficina de Turismo, Cultura, Recreación y Deporte, con el Coordinador y con el PIC municipal para la coordinación de los eventos masivos (día mundial de la actividad física, día del niño, entre otros) de primer semestre del 2022. |
| 12. Adelantar una adecuada gestión y tratamiento de datos generados conforme a lo dispuesto por las leyes 1581 de 2012 y 1712 de 2014 y demás normas y lineamientos establecidos para la recolección manejo y tratamiento de datos personales de niños, niñas y adolescentes. | La ficha de tamizaje de los usuarios permite que los padres de familia autoricen la participación de los niños, niñas y adolescentes según la ley. Y se está desarrollando un adecuado manejo de los datos recolectados durante los grupos regulares, las acciones en promoción de Hábitos y Estilos de Vida, los eventos masivos, las consejerías y demás acciones que se están desarrollando en los municipios de Yaguará e Iquira. |
| 13. Asistir a las reuniones periódicas que tenga establecido el Gestor de manera presencial o virtual en su cronograma de capacitación y seguimiento a las acciones del programa. | El día 5 de abril de acuerdo con la dirección del gestor Carlos Eduardo Espitia P, se asistió por medio de la plataforma Meet a la entrega de las certificaciones de los talleres y seminario de actividad física musicalizada realizada en los municipios de Rivera, Garzón, Pitalito y la plata.<br><br>El día 8 de abril de acuerdo con la dirección del gestor Carlos Eduardo Espitia P, se asistió por medio de la plataforma Google Meet a la capacitación de pausas activas y hábitos y estilos de vida saludable. |

| | |
|---|---|
| 14. Diligenciar el formato suministrado por el INDERHUILA con miras a alimentar la plataforma tablero balanceado de gestión -TBG- con la información de las acciones desarrolladas por el Programa Huila Activo y Saludable en el municipio. | Se realizó el correcto diligenciamiento del TBG del periodo de marzo, en donde se carga las personas impactadas para estes mes de contrato en el municipio de Yaguará e Iquira, este se puede observar en la entrega del informe. |
| 15. Participar en los eventos organizados y convocados por el INDERHUILA. | El 28 de abril de 2022 a partir de las 9:00 Am hasta las 11 am, se asistió a la jornada de capacitación de GESTIÓN AMBIENTAL, dando cumplimiento a el cronograma de capacitaciones por el INDERHUILA. |
| 16. Presentar al supervisor del ente deportivo y al gestor el respectivo cronograma semanal y cronograma mensual del donde se registren las actividades de capacitación, seguimiento y acompañamiento a los monitores, trabajo intersectorial, medición de usuarios, asesorías, consejerías, tamizajes y desarrollo de estrategias para la promoción de HEVS en el departamento, entre otros. | Se realiza entrega de los cronogramas según el calendario epidemiológico de la semana 14 a la semana 17. Donde podemos observar cómo se está llevando a cabo las sesiones de actividad física musicalizada, las asesorías, las consejerías, acciones entre otros. |
| 17. Atender las recomendaciones que sean formuladas por el Supervisor del Contrato para efectos de ejecutar en debida forma el objeto del contrato. | Se atiende las sugerencias dada por parte de la Supervisora del contrato Elizabeth Leal Ávila. |
| 18. El contratista, dentro del primer mes de ejecución contractual, deberá participar y desarrollar con éxito el Módulo de Fundamentos Generales del curso virtual del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, el cual podrá surtir en el link. https://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/curso-mipg | Se participó y se desarrolló exitosamente el Módulo del curso virtual del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, el certificado se anexó en el mes de febrero. |
| 19. Registrar y/o actualizar durante el primer mes de ejecución del contrato la hoja de vida en el Sistema de Información y Gestión del Empleo Público SIGEP, para cual requerirá la validación de información por parte de la entidad. | Se realizó actualización al SIGEP, de datos personales, y se adjuntaron documentos como el acta de inicio entre otros. La cual puede ser verificada por la persona encargada. |
| 20. Presentar la cuenta de cobro o factura por el servicio prestado. | Se presentó la cuenta de cobro para el mes que inicio el 01 hasta el 30 de abril de 2022. |
| 21. Cumplir con el pago al sistema integral de seguridad social (salud y pensión) y riesgos laborales en el plazo establecido en la normatividad vigente y el Plan Nacional de Desarrollo 2018 – 2022 "Pacto Por Colombia Pacto Por La Equidad" en los términos del artículo 3.2.7.6 del Decreto 1273 de 2018. | Actualmente se encuentra realizado el pago de la respectiva seguridad social; salud, pensión y riesgos profesionales, el día 03 de Abril del 202; como lo indica la normatividad a través de la planilla No 23218140, correspondiente al mes de Abril. |

| **Administradora local** | **ASOPAGOS S.A.** | **Valor** |
|---|---|---|
| **SALUD** | NUEVA EPS | $ 125.000 |
| **PENSION** | PORVENIR | $ 160.000 |

| | |
|---|---|
| | **ARL RIESGO 3** \| POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS \| $ 24.400<br>**TOTAL, PAGADO** \| **$ 309.400** |
| 22. Mantener indemne al INDERHUILA de cualquier reclamación de terceros en especial de las personas contratadas por él, para el cumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato. | Las obligaciones del contrato se desarrollan personalmente y no se subcontratan más personas, se mantiene indemne al INDERHUILA de cualquier reclamación. |
| 23. Entregar todos y cada uno de los documentos que le han sido suministrados al finalizar el contrato. | Se entregarán todos y cada uno de los documentos que han sido suministrados por el Gestor. Los cuales fueron el informe de actividades mensual, el formato de TBG, el mapeo de instituciones, entre otros. |
| 24. El contratista se compromete a responder y reintegrar por todos y cada uno de los insumos, suministros, herramientas, dotación, implementación, inventarios y/o materiales que le sean puestos a su disposición para la prestación del servicio, de acuerdo con el deber de cuidado y diligencia inmerso en el contrato. | Se entregarán todos y cada uno de los insumos, suministros, herramientas, dotación, implementación, inventarios y/o materiales que fueron puestos a disposición. (cabina, micrófono, uniformes los cuales se entregarán al final del contrato en excelentes condiciones). |
| 25. Dar cumplimiento a los procedimientos establecidos e implementados en el INDERHUILA, incluidas las acciones de los planes de mejoramiento en pro del fortalecimiento del Plan Estratégico y Desarrollo Institucional. | Se da cumplimiento a los procedimientos establecidos por el INDERHUILA, con el fin de poder ayudar al crecimiento del mismo. Por lo cual se participó en los cursos de Fundamentos y Alternativas en Actividad Física por Grupos Poblacionales y Generalidades de Hábitos, Estilos de Vida Saludable y Actividad Física. |
| 26. Adoptar los protocolos de bioseguridad para la prevención de la transmisión del Coronavirus Covid-19, en el desarrollo de los componentes del programa. | Se adoptan los protocolos de bioseguridad suministrados por el Grupo Interno de Actividad Física, con el propósito de prevenir la transmisión del coronavirus en los grupos regulares y no regulares de actividad física, eventos y acciones para promover HEVS, manteniendo el distanciamiento social. |
| 27. Adelantar una adecuada gestión y tratamiento de datos generados, conforme lo dispuesto por las Leyes 1581 de 2012 y 1712 de 2014 y demás normas y lineamientos establecidos para la recolección, manejo y tratamiento de datos personales de niños, niñas y adolescentes. | La ficha de tamizaje de los usuarios permite que los padres de familia autoricen la participación de los niños, niñas y adolescentes según la ley. |
| 28. Cumplir con las demás actividades que delegue o señale la Dirección inherentes a la naturaleza del contrato. | En el mes de abril no se realizaron actividades de más que solicitaran la presencia de los monitores del programa. |
| ***Certifico que cada una de las actividades desarrolladas se ejecutó con calidad, y se soportan con lealtad*** | |

**OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO**
**C.C. 1082215328 De YAGUARA Huila**

| REGISTRO FOTOGRÁFICO | |
|---|---|
| Grupo Regular 1 HEVS Parque Principal | Grupo Regular 2 HEVS La Tribu Tungurahua |
|  |  |
| Grupo Regular 3 HEVS Vilu | Grupo Regular 4 HEVS Iquira Cic |





Acción Para Promover HEVS – día mundial de la actividad fisca hogar infantil Yaguará

Acción Para Promover HEVS – día mundial de la actividad física hogar geriátrico Yaguará





Acción Para Promover HEVS – día mundial de la seguridad en el trabajo alcaldía de Yaguará

Acción Para Promover HEVS – día mundial de la seguridad en el trabajo ESE María Auxiliadora de Iquira





Evento Masivo – DÍA MUNDIAL DE LA ACTIVIDAD FISICA





| | SISTEMA DE GESTION: MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN - MIPG<br>EVENTOS - ACCIONES | Código: DIH-CDEP-P02-F01 |
|---|---|---|
| Fecha Aprobación:<br>30/03/2022 | INFORMACIÓN SEGUIMIENTO PLAN DE DESARROLLO | Versión: 1<br>Página 1 de 1 |

**INFORME DE GESTION : HUILA ACTIVO Y SALUDABLE (YAGUARA-IQUIRA)** | **MESES: ABRIL**

| No. | MUNICIPIOS | ACTIVIDAD REALIZADA | INVERSION | | | CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA POBLACION BENEFICIADA | | | | | | | | | RANGO DE EDAD DE LA POBLACIÓN BENEFICIADA | | | | | | | GENERO | | | TOTAL | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | NACION | GOBERNACION | INDERHUILA | POBREZA EXTREMA | INDIGENAS | AFROS | VICTIMAS DEL CONFLICTO | DESPLAZADOS | DISCAPACIDAD | | | | 0 a 5 | 6 a 11 | 12 A 13 | 14 A 17 | 18 a 28 | 29-59 | 60 EN ADELANTE | HOMBRES | MUJERES | LGBTI | | |
| | | | | | | | | | | | FISICA | AUDITIVA | PC | COGNITIVAS | | | | | | | | | | | | |
| 1 | YAGUARA - IQUIRA CDIH123 | DIA MUNDIAL DE LA ACTIVIDAD FISICA - HOGAR INFANTIL YAGUARA | $ 0 | | $ 7.800.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 75 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 | 30 | 50 | 0 | 80 | 80 |
| 2 | YAGUARA - IQUIRA CDIH123 | DIA MUNDIAL DE LA ACTIVIDAD FISICA - HOGAR GERIATRICO YAGUARA | $ 0 | | $ 7.800.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 15 | 0 | 0 | 0 | 20 | 0 |
| 3 | YAGUARA - IQUIRA CDIH123 | DIA MUNDIAL DE LA SEGURIDAD EN EL TRABAJO- ESE MARIA AUXILIADORA | $ 0 | | $ 7.800.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 13 | 0 | 2 | 13 | 0 | 15 | 15 |
| 4 | YAGUARA - IQUIRA CDIH123 | DIA MUNDIAL DE LA SEGURIDAD EN EL TRABAJO- ALCALDIA MUNICIPAL DE YAGUARA | $ 0 | | $ 7.800.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 18 | 0 | 6 | 14 | 0 | 20 | 20 |
| 5 | YAGUARA - IQUIRA CDIH123 | EVENTO MASIVO- DIA MUNDIAL DE LA ACTIVIDAD FISICA EN EL MUNICIPIO DE YAGUARA | $ 0 | | $ 7.800.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 5 | 0 | 5 | 40 | 185 | 10 | 40 | 210 | 0 | 250 | 250 |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |

| | SISTEMA DE GESTION: MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN - MIPG<br>EVENTOS - ACCIONES | Código: DIH-CDEP-P02-F01 |
|---|---|---|
| Fecha Aprobación:<br>30/03/2022 | INFORMACIÓN SEGUIMIENTO PLAN DE DESARROLLO | Versión: 1<br>Página 1 de 1 |

**INFORME DE GESTION : HUILA ACTIVO Y SALUDABLE (YAGUARA-IQUIRA)** | **MESES: ABRIL**

| No. | MUNICIPIOS | ACTIVIDAD REALIZADA | INVERSION | | | CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA POBLACION BENEFICIADA | | | | | | | | | RANGO DE EDAD DE LA POBLACIÓN BENEFICIADA | | | | | | | GENERO | | | TOTAL | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | NACION | GOBERNACION | INDERHUILA | POBREZA EXTREMA | INDIGENAS | AFROS | VICTIMAS DEL CONFLICTO | DESPLAZADOS | DISCAPACIDAD | | | | 0 a 5 | 6 a 11 | 12 A 13 | 14 A 17 | 18 a 28 | 29-59 | 60 EN ADELANTE | HOMBRES | MUJERES | LGBTI | | |
| | | | | | | | | | | | FISICA | AUDITIVA | PC | COGNITIVAS | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 21 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 27 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | SISTEMA DE GESTION: MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN - MIPG<br>EVENTOS - ACCIONES | Código: DIH-CDEP-P02-F01 |
|---|---|---|
| Fecha Aprobación:<br>30/03/2022 | INFORMACIÓN SEGUIMIENTO PLAN DE DESARROLLO | Versión: 1<br>Página 1 de 1 |

**INFORME DE GESTION : HUILA ACTIVO Y SALUDABLE (YAGUARA-IQUIRA)** | **MESES: ABRIL**

| No. | MUNICIPIOS | ACTIVIDAD REALIZADA | INVERSION | | | CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA POBLACION BENEFICIADA | | | | | | | | | RANGO DE EDAD DE LA POBLACIÓN BENEFICIADA | | | | | | | GENERO | | | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | NACION | GOBERNACION | INDERHUILA | POBREZA EXTREMA | INDIGENAS | AFROS | VICTIMAS DEL CONFLICTO | DESPLAZADOS | DISCAPACIDAD | | | | 0 a 5 | 6 a 11 | 12 A 13 | 14 A 17 | 18 a 28 | 29-59 | 60 EN ADELANTE | HOMBRES | MUJERES | LGBTI | |
| | | | | | | | | | | | FISICA | AUDITIVA | PC | COGNITIVAS | | | | | | | | | | | |
| 28 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | SISTEMA DE GESTION: MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN - MIPG<br>EVENTOS - ACCIONES | Código: DIH-CDEP-P02-F01 |
|---|---|---|
| Fecha Aprobación:<br>30/03/2022 | INFORMACIÓN SEGUIMIENTO PLAN DE DESARROLLO | Versión: 1<br>Página 1 de 1 |

**INFORME DE GESTION : HUILA ACTIVO Y SALUDABLE (YAGUARA-IQUIRA)** | **MESES: ABRIL**

| No. | MUNICIPIOS | ACTIVIDAD REALIZADA | INVERSION | | | CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA POBLACION BENEFICIADA | | | | | | | | | RANGO DE EDAD DE LA POBLACIÓN BENEFICIADA | | | | | | | GENERO | | | TOTAL | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | NACION | GOBERNACION | INDERHUILA | POBREZA EXTREMA | INDIGENAS | AFROS | VICTIMAS DEL CONFLICTO | DESPLAZADOS | DISCAPACIDAD | | | | 0 a 5 | 6 a 11 | 12 A 13 | 14 A 17 | 18 a 28 | 29-59 | 60 EN ADELANTE | HOMBRES | MUJERES | LGBTI | | |
| | | | | | | | | | | | FISICA | AUDITIVA | PC | COGNITIVAS | | | | | | | | | | | | |
| 1 | YAGUARA - CDIH123 | GRUPO REGULAR HEVS PARQUE PRINCIPAL | $ 0 | | $ 7.800.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 5 | 0 | 0 | 7 | 0 | 7 | 7 |
| 2 | YAGUARA - CDIH123 | GRUPO REGULAR HEVS TRIBU TUNGURAHUA | $ 0 | | $ 7.800.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3 | YAGUARA - CDIH123 | GRUPO REGULAR HEVS V/VILU | $ 0 | | $ 7.800.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 4 | IQUIRA - CDIH123 | GRUPO REGULAR HEVS IQUIRA CIC | $ 0 | | $ 7.800.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |

| | SISTEMA DE GESTION: MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN - MIPG<br>EVENTOS - ACCIONES | Código: DIH-CDEP-P02-F01 |
|---|---|---|
| Fecha Aprobación:<br>30/03/2022 | INFORMACIÓN SEGUIMIENTO PLAN DE DESARROLLO | Versión: 1<br>Página 1 de 1 |

**INFORME DE GESTION : HUILA ACTIVO Y SALUDABLE (YAGUARA-IQUIRA)** | **MESES: ABRIL**

| No. | MUNICIPIOS | ACTIVIDAD REALIZADA | INVERSION | | | CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA POBLACION BENEFICIADA | | | | | | | | | RANGO DE EDAD DE LA POBLACIÓN BENEFICIADA | | | | | | | GENERO | | | TOTAL | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | NACION | GOBERNACION | INDERHUILA | POBREZA EXTREMA | INDIGENAS | AFROS | VICTIMAS DEL CONFLICTO | DESPLAZADOS | DISCAPACIDAD | | | | 0 a 5 | 6 a 11 | 12 A 13 | 14 A 17 | 18 a 28 | 29-59 | 60 EN ADELANTE | HOMBRES | MUJERES | LGBTI | | |
| | | | | | | | | | | | FISICA | AUDITIVA | PC | COGNITIVAS | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 21 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 27 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | SISTEMA DE GESTION: MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN - MIPG<br>EVENTOS - ACCIONES | Código: DIH-CDEP-P02-F01 |
|---|---|---|
| Fecha Aprobación:<br>30/03/2022 | INFORMACIÓN SEGUIMIENTO PLAN DE DESARROLLO | Versión: 1<br>Página 1 de 1 |

**INFORME DE GESTION : HUILA ACTIVO Y SALUDABLE (YAGUARA-IQUIRA)** | **MESES: ABRIL**

| No. | MUNICIPIOS | ACTIVIDAD REALIZADA | INVERSION | | | CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA POBLACION BENEFICIADA | | | | | | | | | RANGO DE EDAD DE LA POBLACIÓN BENEFICIADA | | | | | | | GENERO | | | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | NACION | GOBERNACION | INDERHUILA | POBREZA EXTREMA | INDIGENAS | AFROS | VICTIMAS DEL CONFLICTO | DESPLAZADOS | DISCAPACIDAD | | | | 0 a 5 | 6 a 11 | 12 A 13 | 14 A 17 | 18 a 28 | 29-59 | 60 EN ADELANTE | HOMBRES | MUJERES | LGBTI | |
| | | | | | | | | | | | FISICA | AUDITIVA | PC | COGNITIVAS | | | | | | | | | | | |
| 28 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | SISTEMA DE GESTION: MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN - MIPG<br>EVENTOS - ACCIONES | Código: DIH-CDEP-P02-F01 |
|---|---|---|
| Fecha Aprobación:<br>30/03/2022 | INFORMACIÓN SEGUIMIENTO PLAN DE DESARROLLO | Versión: 1<br>Página 1 de 1 |

**INFORME DE GESTION : HUILA ACTIVO Y SALUDABLE (YAGUARÁ-IQUIRA)** | **MESES: ABRIL**

| No. | MUNICIPIOS | ACTIVIDAD REALIZADA | INVERSION | | | CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA POBLACION BENEFICIADA | | | | | | | | | RANGO DE EDAD DE LA POBLACIÓN BENEFICIADA | | | | | | | GENERO | | | TOTAL | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | NACION | GOBERNACION | INDERHUILA | POBREZA EXTREMA | INDIGENAS | AFROS | VICTIMAS DEL CONFLICTO | DESPLAZADOS | DISCAPACIDAD | | | | 0 a 5 | 6 a 11 | 12 A 13 | 14 A 17 | 18 a 28 | 29-59 | 60 EN ADELANTE | HOMBRES | MUJERES | LGBTI | | |
| | | | | | | | | | | | FISICA | AUDITIVA | PC | COGNITIVAS | | | | | | | | | | | | |
| 1 | YAGUARA - IQUIRA CDIH123 | CAPACITACIÓN A LA I E FERNANDO MONJE CASANOVA | $ 0 | | $ 7.800.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 140 | 5 | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 | 50 | 100 | 0 | 150 | 150 |
| 2 | YAGUARA - IQUIRA CDIH123 | CAPACITACIÓN A EPY EMPRESAS PUBLICAS DE YAGUARA | $ 0 | | $ 7.800.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 | 25 | 0 | 25 | 10 | 0 | 35 | 35 |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |

| | SISTEMA DE GESTION: MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN - MIPG<br>EVENTOS - ACCIONES | Código: DIH-CDEP-P02-F01 |
|---|---|---|
| Fecha Aprobación:<br>30/03/2022 | INFORMACIÓN SEGUIMIENTO PLAN DE DESARROLLO | Versión: 1<br>Página 1 de 1 |

**INFORME DE GESTION : HUILA ACTIVO Y SALUDABLE (YAGUARÁ-IQUIRA)** | **MESES: ABRIL**

| No. | MUNICIPIOS | ACTIVIDAD REALIZADA | INVERSION | | | CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA POBLACION BENEFICIADA | | | | | | | | | RANGO DE EDAD DE LA POBLACIÓN BENEFICIADA | | | | | | | GENERO | | | TOTAL | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | NACION | GOBERNACION | INDERHUILA | POBREZA EXTREMA | INDIGENAS | AFROS | VICTIMAS DEL CONFLICTO | DESPLAZADOS | DISCAPACIDAD | | | | 0 a 5 | 6 a 11 | 12 A 13 | 14 A 17 | 18 a 28 | 29-59 | 60 EN ADELANTE | HOMBRES | MUJERES | LGBTI | | |
| | | | | | | | | | | | FISICA | AUDITIVA | PC | COGNITIVAS | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 21 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 27 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | SISTEMA DE GESTION: MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN - MIPG<br>EVENTOS - ACCIONES | Código: DIH-CDEP-P02-F01 |
|---|---|---|
| Fecha Aprobación:<br>30/03/2022 | INFORMACIÓN SEGUIMIENTO PLAN DE DESARROLLO | Versión: 1<br>Página 1 de 1 |

**INFORME DE GESTION : HUILA ACTIVO Y SALUDABLE (YAGUARÁ-IQUIRA)** | **MESES: ABRIL**

| No. | MUNICIPIOS | ACTIVIDAD REALIZADA | INVERSION | | | CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA POBLACION BENEFICIADA | | | | | | | | | RANGO DE EDAD DE LA POBLACIÓN BENEFICIADA | | | | | | | GENERO | | | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | DISCAPACIDAD | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | NACION | GOBERNACION | INDERHUILA | POBREZA EXTREMA | INDIGENAS | AFROS | VICTIMAS DEL CONFLICTO | DESPLAZADOS | FISICA | AUDITIVA | PC | COGNITIVAS | 0 a 5 | 6 a 11 | 12 A 13 | 14 A 17 | 18 a 28 | 29-59 | 60 EN ADELANTE | HOMBRES | MUJERES | LGBTI | |
| 28 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos Mindeporte / INDERHUILA | **PROCESO** FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | **Versión:** 3 |
| | | **CÓDIGO:** FD-FR-089 |
| | **FORMATO** Ficha de Seguimiento a Grupos Regulares y No Regulares de Actividad Física | **Fecha:** 19/07/2021 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **NOMBRE DEL ARTICULADOR HEVS-VAS, MONITOR O PROMOTOR DE HEVS:** | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO | **NOMBRE DEL GRUPO REGULAR O NO REGULAR:** | HEVS IQUIRA CIC | **SEMANA EPIDEMIOLÓGICA** | | | |
| | | | | **DESDE:** | **14** | **HASTA:** | **17** |
| **DEPARTAMENTO:** | HUILA | **MUNICIPIO:** | IQUIRA | **COMUNA, LOCALIDAD O VEREDA:** | | | |

| No | APELLIDOS | NOMBRES | NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | SEM EP: | | 14 | | SEM EP: | | 16 | | SEM EP: | | 17 | | SEM EP: | | | | SEM EP: | | | | TOTAL SESIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 1 | PERDOMO | OLGA | 26.515.915 | X | X | X | | X | X | X | | X | X | X | | | | | | | | | | 9 |
| 2 | CEDEÑO | MIRIAM | 26.427.856 | X | X | X | | X | X | | | X | X | X | | | | | | | | | | 8 |
| 3 | GONGORA | SANDRA | 26.515.685 | X | | X | | X | X | X | | X | X | | | | | | | | | | | 7 |
| 4 | CERQUERA | DILIA | 26.515.907 | X | X | X | | X | | X | | X | X | X | | | | | | | | | | 8 |
| 5 | GUEVARA | KAREM | 1.084.869.617 | X | X | X | | X | | X | | X | X | X | | | | | | | | | | 8 |
| 6 | ALVARES | MERLY | 1.084.867.689 | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | | 6 |
| 7 | CERQUERA | CARLA | 10.755.256.136 | X | X | X | | X | | X | | X | X | X | | | | | | | | | | 8 |
| 8 | RENDON | EVELYN | 1.037.646.893 | X | X | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | | 10 |
| 9 | PERDOMO | BEATRIZ | 26.514.808 | X | | X | | X | | X | | | X | X | | | | | | | | | | 6 |
| 10 | DIAZ PERDOMO | SOELY CONTANZA | 26.515.986 | | X | X | | X | X | X | | X | X | X | | | | | | | | | | 8 |
| 11 | LEIVA | SANDRA | 1.084.869.687 | X | | | | X | | X | | X | X | X | | | | | | | | | | 6 |
| 12 | PERDOMO CUBIDES | ANDREINA VANESSA | 26.515.849 | X | X | | | X | | X | | X | X | X | | | | | | | | | | 7 |
| 13 | PERDOMO MONTEALEGRE | OLGA | 26.515.915 | X | X | X | | X | X | X | | X | | X | | | | | | | | | | 8 |
| 14 | MORENO OSSO | RAFAEL EMILIO | 1.084.866.128 | X | X | X | | | X | X | | X | X | | | | | | | | | | | 7 |
| 15 | SORA FIGUEROA | YINA MILENA | 55.066.284 | X | X | | | X | X | X | | | X | X | | | | | | | | | | 7 |
| 16 | IRSA ROA | MARIA | 26.514.823 | X | X | | | | X | X | | X | X | X | | | | | | | | | | 7 |
| 17 | CABRERA LEIVA | CLAUDIA JIMENA | 26.515.161 | X | X | | | | X | X | | X | X | | | | | | | | | | | 6 |
| 18 | PERDOMO OBREGON | ANA MARCELA | 26.515.922 | X | X | | | X | X | X | | X | | X | | | | | | | | | | 7 |
| 19 | CASTRO SORA | ANDREA CAMILA | 1.193.214.922 | X | X | X | | | X | X | | X | X | X | | | | | | | | | | 8 |
| 20 | POLANCO TORO | DANIELA | 1.084.869.518 | X | X | | | X | X | X | | X | X | X | | | | | | | | | | 8 |

**OBSERVACIONES O NOVEDADES:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| El deporte es de todos · Mindeporte · INDERHUILA | **PROCESO** FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | | **Versión:** 3 |
| | **FORMATO** Ficha de Seguimiento a Grupos Regulares y No Regulares de Actividad Física | | **CÓDIGO:** FD-FR-089 |
| | | | **Fecha:** 19/07/2021 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **NOMBRE DEL ARTICULADOR HEVS-VAS, MONITOR O PROMOTOR DE HEVS:** | | **NOMBRE DEL GRUPO REGULAR O NO REGULAR:** | | **SEMANA EPIDEMIOLÓGICA** | | | |
| | | | | **DESDE:** | **14** | **HASTA:** | **17** |
| **DEPARTAMENTO:** | | **MUNICIPIO:** | | **COMUNA, LOCALIDAD O VEREDA:** | | | |

| No | APELLIDOS | NOMBRES | NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | SEM EP: | | 14 | | SEM EP: | | 16 | | SEM EP: | | 17 | | SEM EP: | | | | SEM EP: | | | | TOTAL SESIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 21 | CAPERA ALAPE | CLAUDIA LORENA | 1.115.790.317 | X | X | X | | X | X | | | X | X | | | | | | | | | | | 7 |
| 22 | ORTIZ EPIA | LISBETH MAYERLY | 1.084.867.435 | X | | X | | X | X | X | | X | | X | | | | | | | | | | 7 |
| 23 | TAMAYO PERDOMO | LEIDY MARIA | 1.075.231.272 | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | | 6 |
| 24 | URUEÑA | MAGNOLI FLOR | 37.278.656 | X | X | X | | X | | X | | X | X | | | | | | | | | | | 7 |
| 25 | CABRERA CABRERA | DIANA MARCELA | 1.084.870.009 | X | X | X | | X | X | X | | X | | X | | | | | | | | | | 8 |
| 26 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 27 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 28 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 29 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 31 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 32 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 33 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 34 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 36 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 37 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 38 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 39 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 40 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| **OBSERVACIONES O NOVEDADES:** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| El deporte es de todos · Mindeporte · INDERHUILA | **PROCESO**<br>FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | | **Versión:** 3 |
| | **FORMATO**<br>Ficha de Seguimiento a Grupos Regulares y No Regulares de Actividad Física | | **CÓDIGO:** FD-FR-089<br>**Fecha:** 19/07/2021 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **NOMBRE DEL ARTICULADOR HEVS-VAS, MONITOR O PROMOTOR DE HEVS:** | | **NOMBRE DEL GRUPO REGULAR O NO REGULAR:** | | **SEMANA EPIDEMIOLÓGICA** | | | |
| | | | | **DESDE:** | | **HASTA:** | |
| **DEPARTAMENTO:** | | **MUNICIPIO:** | | **COMUNA, LOCALIDAD O VEREDA:** | | | |

| No | APELLIDOS | NOMBRES | NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | SEM EP: | | | | SEM EP: | | | | SEM EP: | | | | SEM EP: | | | | SEM EP: | | | | TOTAL SESIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 41 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 42 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 43 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 44 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 45 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 46 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 47 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 48 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 49 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 50 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 51 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 52 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 53 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 54 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 55 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 56 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 57 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 58 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 59 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 60 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**OBSERVACIONES O NOVEDADES:**

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos · Mindeporte · INDERHUILA | **PROCESO**<br>FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL<br>**FORMATO**<br>Ficha de Seguimiento a Grupos Regulares y No Regulares de Actividad Física | **Versión:** 3<br>**CÓDIGO:** FD-FR-089<br>**Fecha:** 19/07/2021 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NOMBRE DEL ARTICULADOR HEVS-VAS, MONITOR O PROMOTOR DE HEVS:** | | **NOMBRE DEL GRUPO REGULAR O NO REGULAR:** | | **SEMANA EPIDEMIOLÓGICA** | |
| | | | | **DESDE:** | **HASTA:** |
| **DEPARTAMENTO:** | | **MUNICIPIO:** | | **COMUNA, LOCALIDAD O VEREDA:** | |

| No | APELLIDOS | NOMBRES | NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | SEM EP: | | | | SEM EP: | | | | SEM EP: | | | | SEM EP: | | | | SEM EP: | | | | TOTAL SESIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 61 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 62 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 63 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 64 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 65 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 66 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 67 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 68 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 69 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 70 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 71 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 72 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 73 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 74 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 75 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 76 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 77 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 78 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 79 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 80 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| **OBSERVACIONES O NOVEDADES:** | |

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos Mindeporte / INDERHUILA | **PROCESO** FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | **Versión:** 3 |
| | **FORMATO** Ficha de Seguimiento a Grupos Regulares y No Regulares de Actividad Física | **CÓDIGO:** FD-FR-089 |
| | | **Fecha:** 19/07/2021 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **NOMBRE DEL ARTICULADOR HEVS-VAS, MONITOR O PROMOTOR DE HEVS:** | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO | **NOMBRE DEL GRUPO REGULAR O NO REGULAR:** | HEVS LA TRIBU DEL TUNGURAHUA | **SEMANA EPIDEMIOLÓGICA** | | | |
| | | | | **DESDE:** | 14 | **HASTA:** | 17 |
| **DEPARTAMENTO:** | HUILA | **MUNICIPIO:** | YAGUARA | **COMUNA, LOCALIDAD O VEREDA:** | | | |

| No | APELLIDOS | NOMBRES | NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | SEM EP: | 14 | | | SEM EP: | 16 | | | SEM EP: | 17 | | | SEM EP: | | | | SEM EP: | | | | TOTAL SESIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 1 | OCAMPO TOVAR | NORMA CONSTANZA | | X | X | X | | X | | X | | X | X | X | | | | | | | | | | 8 |
| 2 | GUTIERRES OCAMPO | ELIZABETH | 1.082.216.051 | X | X | X | | X | X | X | | X | X | | | | | | | | | | | 9 |
| 3 | TRUJILLO | CEFORA | 36.159.005 | X | X | X | | | X | X | | X | X | X | | | | | | | | | | 8 |
| 4 | MEDINA TRUJILLO | YEIMY | 26.607.507 | 9 | X | X | | X | X | X | | X | X | X | | | | | | | | | | 9 |
| 5 | ANDRADE TRUJILLO | LEIDY NATALY | 1.032.459.226 | X | | X | | X | X | X | | X | | X | | | | | | | | | | 7 |
| 6 | GUTIERRES MENZA | GLORIA FERNANDA | 1.082.215.040 | X | X | X | | X | | X | | X | X | X | | | | | | | | | | 8 |
| 7 | PERDOMO CORDOBA | NERLY ALEJANDRA | 1.082.217.083 | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | | 6 |
| 8 | CORDOBA VALDERRAMA | ROSA VIRGINIA | 26.607.057 | X | | X | | X | X | X | | X | | X | | | | | | | | | | 7 |
| 9 | CAMACHO TRUJILLO | YANETH | 1.026.260.217 | X | X | X | | X | | X | | X | X | X | | | | | | | | | | 8 |
| 10 | MOTTA CAMACHO | MAGDA CATALINA | 1.069.724.533 | X | X | X | | X | | X | | X | X | X | | | | | | | | | | 8 |
| 11 | MEDINA ZULETA | ARGENIS | 26.606.379 | X | X | X | | X | X | X | | X | X | X | | | | | | | | | | 9 |
| 12 | RAMIREZ GONZALEZ | MARIA DEL CARMEN | 36.154.570 | X | | X | | X | | X | | X | X | X | | | | | | | | | | 7 |
| 13 | COVALEDA MEDINA | CIELO MAYERLI | 1.053.769.816 | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | | 6 |
| 14 | CABRERA | LUZ NELLY | 55.151.753 | X | | | | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | | 5 |
| 15 | ARAUJO CASTILLO | DAGOBERTO | 7.720.928 | X | X | | | X | X | | | X | X | X | | | | | | | | | | 7 |
| 16 | LARA CAMACHO | ANGELA MARIA | 26.607.626 | X | X | | | X | X | X | | X | | X | | | | | | | | | | 7 |
| 17 | FAJARDO RAMIREZ | YANETH | 26.607.858 | X | X | | | X | X | | | X | X | | | | | | | | | | | 6 |
| 18 | GALINDO GOMEZ | NORMA CONSTANZA | 26.607.212 | X | X | | | X | | X | | X | X | X | | | | | | | | | | 7 |
| 19 | VILLEGAS CORDOBA | ANA ROCIO | 1.082.217.152 | X | X | | | X | | X | | X | X | X | | | | | | | | | | 7 |
| 20 | ALVIRA RAMIREZ | BLANCA LIGIA | 55.161.846 | X | X | X | | X | X | X | | X | X | X | | | | | | | | | | 9 |

**OBSERVACIONES O NOVEDADES:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| El deporte es de todos · Mindeporte · INDERHUILA | **PROCESO** FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | | **Versión:** 3 |
| | **FORMATO** Ficha de Seguimiento a Grupos Regulares y No Regulares de Actividad Física | | **CÓDIGO:** FD-FR-089 |
| | | | **Fecha:** 19/07/2021 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **NOMBRE DEL ARTICULADOR HEVS-VAS, MONITOR O PROMOTOR DE HEVS:** | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO | **NOMBRE DEL GRUPO REGULAR O NO REGULAR:** | HEVS LA TRIBU DEL TUNGURAHUA | **SEMANA EPIDEMIOLÓGICA** | | | |
| | | | | **DESDE:** | **14** | **HASTA:** | **17** |
| **DEPARTAMENTO:** | HUILA | **MUNICIPIO:** | YAGUARA | **COMUNA, LOCALIDAD O VEREDA:** | | | |

| No | APELLIDOS | NOMBRES | NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | SEM EP: | | 14 | | SEM EP: | | 16 | | SEM EP: | | 17 | | SEM EP: | | | | SEM EP: | | | | TOTAL SESIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 21 | MONTES GALINDO | MAYERLY | 1.082.214.751 | X | X | | | X | | | | X | | X | | | | | | | | | | 5 |
| 22 | TOVAR MEDINA | TANIA ANDREA | 1.082.215.103 | | X | X | | X | X | | | X | X | | | | | | | | | | | 6 |
| 23 | TOVAR SUA | PAOLA ANDREA | 1.082.215.801 | X | X | X | | X | X | | | X | | X | | | | | | | | | | 7 |
| 24 | ARAUJO MONTES | ANYI MARCELA | 1.082.215.442 | X | X | X | | X | X | X | | X | X | | | | | | | | | | | 8 |
| 25 | CHANTRE VARGAS | YANTEH | 26.592.946 | X | | X | | X | X | | | X | X | X | | | | | | | | | | 7 |
| 26 | MENESES ARAUJO | YESICA FERNANDA | 1.082.215.447 | X | | X | | X | | X | | X | X | X | | | | | | | | | | 7 |
| 27 | TRUJILLO OLAYA | NEIDY ASTRID | 36.306.313 | X | X | | | X | X | | | X | X | | | | | | | | | | | 6 |
| 28 | VIVAS OSORIO | LAURA VALENTINA | 1.130.024.144 | X | X | X | | X | X | X | | X | X | X | | | | | | | | | | 9 |
| 29 | YUSTRES GARCIA | DANIELA | 10.822.177.163 | X | X | X | | X | X | X | | X | X | X | | | | | | | | | | 9 |
| 30 | CADENA ANDRADE | OLGA LUCIA | 1.075.209.259 | X | X | X | | X | | X | | X | X | X | | | | | | | | | | 8 |
| 31 | TOVAR | TATIANA ANDREA | 1.082.215.103 | X | | X | | X | X | | | X | | X | | | | | | | | | | 6 |
| 32 | QUINTERO | JULIA AMINTA | 26.607.917 | X | | X | | X | X | | | X | | X | | | | | | | | | | 6 |
| 33 | ALARCON TIERRADENTRO | MILENA | 20.607.434 | X | | X | | X | X | X | | X | | X | | | | | | | | | | 7 |
| 34 | ALVIRA | BLANCA LIGIA | 55.161.846 | X | X | X | | X | X | X | | X | X | X | | | | | | | | | | 9 |
| 35 | CAMACHO YUSTRES | NUBIA PATRICIA | 26.607.003 | X | X | X | | X | X | X | | X | X | X | | | | | | | | | | 9 |
| 36 | PERDOMO MORENO | OLGA LORENA | 26.607.483 | X | X | X | | X | | X | | X | X | X | | | | | | | | | | 8 |
| 37 | VEGA | LUZ CIEYA | 40.764.014 | X | X | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | | 7 |
| 38 | GARCIA | MARIA ALEJANDRA | 1.082.215.824 | X | X | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | | | | 6 |
| 39 | CUBILLOS | DAYANI | 1.077.868.068 | X | X | X | | X | | X | | X | X | X | | | | | | | | | | 8 |
| 40 | SANCHEZ JOVEL | SAMANTHA | 1.082.216.177 | X | X | | | X | X | | | X | | X | | | | | | | | | | 6 |

**OBSERVACIONES O NOVEDADES:**

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos · Mindeporte · INDERHUILA | **PROCESO**<br>FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL<br>**FORMATO**<br>Ficha de Seguimiento a Grupos Regulares y No Regulares de Actividad Física | **Versión:** 3<br>**CÓDIGO:** FD-FR-089<br>**Fecha:** 19/07/2021 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **NOMBRE DEL ARTICULADOR HEVS-VAS, MONITOR O PROMOTOR DE HEVS:** | | **NOMBRE DEL GRUPO REGULAR O NO REGULAR:** | | **SEMANA EPIDEMIOLÓGICA** | | | |
| | | | | **DESDE:** | 14 | **HASTA:** | 17 |
| **DEPARTAMENTO:** | | **MUNICIPIO:** | | **COMUNA, LOCALIDAD O VEREDA:** | | | |

| No | APELLIDOS | NOMBRES | NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | SEM EP: | | 14 | | SEM EP: | | 16 | | SEM EP: | | 17 | | SEM EP: | | | | SEM EP: | | | | TOTAL SESIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 41 | RIOS CADENA | DANNA MARLENY | 1.076.915.476 | X | X | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | | | | 6 |
| 42 | OCAMPO CARDOSO | JESSICA | 1.082.216.762 | X | | X | | X | | | | | X | | | | | | | | | | | 4 |
| 43 | CORDOBA CERQUERA | ESTEPHANIA | 1.004.304.944 | X | | X | | X | | X | | X | X | | | | | | | | | | | 6 |
| 44 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 45 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 46 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 47 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 48 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 49 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 50 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 51 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 52 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 53 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 54 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 55 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 56 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 57 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 58 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 59 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 60 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**OBSERVACIONES O NOVEDADES:**

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos · Mindeporte · INDERHUILA | **PROCESO**<br>FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL<br>**FORMATO**<br>Ficha de Seguimiento a Grupos Regulares y No Regulares de Actividad Física | **Versión:** 3<br>**CÓDIGO:** FD-FR-089<br>**Fecha:** 19/07/2021 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NOMBRE DEL ARTICULADOR HEVS-VAS, MONITOR O PROMOTOR DE HEVS:** | | **NOMBRE DEL GRUPO REGULAR O NO REGULAR:** | | **SEMANA EPIDEMIOLÓGICA** | |
| | | | | **DESDE:** | **HASTA:** |
| **DEPARTAMENTO:** | | **MUNICIPIO:** | | **COMUNA, LOCALIDAD O VEREDA:** | |

| No | APELLIDOS | NOMBRES | NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | SEM EP: | | | | SEM EP: | | | | SEM EP: | | | | SEM EP: | | | | SEM EP: | | | | TOTAL SESIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 61 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 62 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 63 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 64 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 65 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 66 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 67 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 68 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 69 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 70 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 71 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 72 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 73 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 74 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 75 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 76 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 77 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 78 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 79 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 80 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| **OBSERVACIONES O NOVEDADES:** | |

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos · Mindeporte · INDERHUILA | **PROCESO** FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | **Versión:** 3 |
| | | **CÓDIGO:** FD-FR-089 |
| | **FORMATO** Ficha de Seguimiento a Grupos Regulares y No Regulares de Actividad Física | **Fecha:** 19/07/2021 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **NOMBRE DEL ARTICULADOR HEVS-VAS, MONITOR O PROMOTOR DE HEVS:** | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO | **NOMBRE DEL GRUPO REGULAR O NO REGULAR:** | HEVS PARQUE PRINCIPAL | **SEMANA EPIDEMIOLÓGICA** | | | |
| | | | | **DESDE:** | **14** | **HASTA:** | **17** |
| **DEPARTAMENTO:** | HUILA | **MUNICIPIO:** | YAGUARA | **COMUNA, LOCALIDAD O VEREDA:** | | | |

| No | APELLIDOS | NOMBRES | NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | SEM EP: | 14 | | | SEM EP: | 16 | | | SEM EP: | 17 | | | SEM EP: | | | | SEM EP: | | | | TOTAL SESIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 1 | MONTAÑA | OMAIRA | 1.082.214.027 | X | X | X | | X | X | X | | X | X | X | | | | | | | | | | 9 |
| 2 | ZUÑIGA RIVAS | MARINA | 26.514.800 | X | X | X | | X | X | X | | X | X | X | | | | | | | | | | 9 |
| 3 | PALOMINO SAENZ | MARIA MAGNOLIA | 26.607.537 | X | | X | | X | X | | | X | | X | | | | | | | | | | 6 |
| 4 | FIERRO GAITAN | BELQUIS | 26.606.819 | X | X | X | | X | X | X | | X | | X | | | | | | | | | | 8 |
| 5 | YUSTRES MONTEALEGRE | MERCIMILER | 26.606.907 | X | X | | | X | X | | | X | X | | | | | | | | | | | 6 |
| 6 | GAITAN | GLORIA MARCELA | 52.158.732 | X | X | X | | X | X | X | | X | X | X | | | | | | | | | | 9 |
| 7 | ANDRADE LOZANO | DIVA NORELVI | 26.607.643 | X | X | | | X | | | | X | | | | | | | | | | | | 4 |
| 8 | OCAMPO TOVAR | MARIA ELENA | 26.606.991 | X | X | X | | X | X | X | | X | X | X | | | | | | | | | | 9 |
| 9 | PUENTES | MIRIAM LUCIA | 26.511.975 | X | X | X | | X | X | X | | X | X | X | | | | | | | | | | 9 |
| 10 | VANEGAS | MARIELA | 51.922.764 | X | X | | | X | X | | | X | X | | | | | | | | | | | 6 |
| 11 | TOVAR | ANA MILENA | 26.607.922 | X | X | | | X | X | | | X | X | | | | | | | | | | | 6 |
| 12 | CABANZO MEDINA | GLORIA EUGENIA | 1.082.214.860 | x | x | | | X | X | | | X | X | | | | | | | | | | | 6 |
| 13 | RAMIREZ | NATALIA | 26.607.600 | x | x | | | X | X | | | X | X | | | | | | | | | | | 6 |
| 14 | ANDRADE TRUJILLO | LEIDY NATALY | 1.032.459.226 | X | X | | | X | X | | | X | | | | | | | | | | | | 5 |
| 15 | LIZCANO PALOMINO | IMAYED | 1.076.500.639 | X | X | | | X | X | | | X | X | | | | | | | | | | | 6 |
| 16 | PERDOMO CAICEDO | EDNA LORET | 26.607.140 | X | X | | | X | X | | | X | X | | | | | | | | | | | 6 |
| 17 | GALINDO GOMEZ | NORMA CONSTANZA | 26.607.212 | X | X | | | X | | X | | X | X | X | | | | | | | | | | 7 |
| 18 | CUEVAS | MARISOL | 26.607.306 | X | X | | | X | X | | | | X | | | | | | | | | | | 5 |
| 19 | MEJIA TRUJILLO | CAMILA ANDREA | 1.082.215.710 | X | X | | | X | X | | | X | | X | | | | | | | | | | 6 |
| 20 | MONTEALEGRE ANDRADE | LAURA CAMILA | 1.004.075.144 | X | X | | | | X | X | | | X | X | | | | | | | | | | 6 |

**OBSERVACIONES O NOVEDADES:**

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos · Mindeporte · INDERHUILA | **PROCESO**<br>FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL<br>**FORMATO**<br>Ficha de Seguimiento a Grupos Regulares y No Regulares de Actividad Física | **Versión:** 3<br>**CÓDIGO:** FD-FR-089<br>**Fecha:** 19/07/2021 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **NOMBRE DEL ARTICULADOR HEVS-VAS, MONITOR O PROMOTOR DE HEVS:** | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO | **NOMBRE DEL GRUPO REGULAR O NO REGULAR:** | HEVS PARQUE PRINCIPAL | **SEMANA EPIDEMIOLÓGICA** | | | |
| | | | | **DESDE:** | **14** | **HASTA:** | **17** |
| **DEPARTAMENTO:** | HUILA | **MUNICIPIO:** | YAGUARA | **COMUNA, LOCALIDAD O VEREDA:** | | | |

| No | APELLIDOS | NOMBRES | NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | SEM EP: | | 14 | | SEM EP: | | 16 | | SEM EP: | | 17 | | SEM EP: | | | | SEM EP: | | | | TOTAL SESIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 21 | CORREDOR JOVEN | DIANETH | 26.559.859 | X | X | | | X | X | | | X | X | | | | | | | | | | | 6 |
| 22 | RODRIGUEZ TOVAR | LIZETH MERCEDES | 1.082.215.456 | X | X | | | X | X | | | X | X | | | | | | | | | | | 6 |
| 23 | GOMEZ | CLAUDIA ANDREA | 26.606.319 | X | | X | | X | X | | | X | | | | | | | | | | | | 5 |
| 24 | PARRA GARCIA | MARIA CAMILA | 1.082.217.241 | X | | X | | X | X | | | X | X | | | | | | | | | | | 6 |
| 25 | VALDES FIERRO | DAMARIS | 26.607.505 | X | X | | | X | X | | | X | | | | | | | | | | | | 5 |
| 26 | POLANCO TRUJILLO | AURORA | 26.606.096 | X | X | | | | X | | | | X | X | | | | | | | | | | 5 |
| 27 | MENESES | YESICA FERNANDA | | X | X | | | X | X | | | X | X | | | | | | | | | | | 6 |
| 28 | YUCUMA | LEIDY YESNI | 1.082.215.890 | X | X | X | | X | X | X | | X | X | X | | | | | | | | | | 9 |
| 29 | TRUJILLO CAMACHO | MARLY YANETH | 26.607.863 | X | X | | | X | X | | | X | | X | | | | | | | | | | 6 |
| 30 | POLANCO MONTEALEGRE | LUZ MARY | 26.606.721 | X | X | | | X | X | | | X | X | | | | | | | | | | | 6 |
| 31 | AGUIRRE VEGA | DIEGO FERNANDO | 1.003.815.636 | X | X | X | | X | X | | | X | X | X | | | | | | | | | | 8 |
| 32 | MONJE AGUIRRE | AYLEN YOLETH | 36.342.601 | X | X | | | X | X | | | X | X | | | | | | | | | | | 6 |
| 33 | CHACON | LUCY FERNANDA | 26.606.998 | X | X | | | X | x | | | | | | | | | | | | | | | 4 |
| 34 | CUMBE | MARTHA YANITH | 26.607.014 | X | X | X | | X | | X | | X | X | | | | | | | | | | | 7 |
| 35 | RAMIREZ ROJAS | YURI MARCELA | 1.082.215.174 | X | X | | | X | X | | | X | | X | | | | | | | | | | 6 |
| 36 | RAMIREZ ROJAS | LINA MARIA | 1.082.216.243 | X | X | | | X | X | | | X | X | | | | | | | | | | | 6 |
| 37 | FIERRO RODRIGUEZ | IVON DAYANA | 1.076.908.090 | X | X | | | X | X | X | | X | | | | | | | | | | | | 6 |
| 38 | VILLEGAS MEDINA | LAURA SOFIA | 11.324.063 | X | X | X | | X | | X | | X | X | X | | | | | | | | | | 8 |
| 39 | LIZCANO PALOMINO | ANGI LIZETH | 1.082.216.822 | X | X | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | | 7 |
| 40 | MONTEALEGRE VANEGAS | DIANA CAROLINA | 1.082.214.423 | X | X | | | X | X | | | X | X | | | | | | | | | | | 6 |

**OBSERVACIONES O NOVEDADES:**

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos · Mindeporte · INDERHUILA | **PROCESO**<br>FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL<br>**FORMATO**<br>Ficha de Seguimiento a Grupos Regulares y No Regulares de Actividad Física | **Versión:** 3<br>**CÓDIGO:** FD-FR-089<br>**Fecha:** 19/07/2021 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **NOMBRE DEL ARTICULADOR HEVS-VAS, MONITOR O PROMOTOR DE HEVS:** | | **NOMBRE DEL GRUPO REGULAR O NO REGULAR:** | | **SEMANA EPIDEMIOLÓGICA** | | | |
| | | | | **DESDE:** | 14 | **HASTA:** | 17 |
| **DEPARTAMENTO:** | | **MUNICIPIO:** | | **COMUNA, LOCALIDAD O VEREDA:** | | | |

| No | APELLIDOS | NOMBRES | NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | SEM EP: | 14 | | | SEM EP: | 16 | | | SEM EP: | 17 | | | SEM EP: | | | | SEM EP: | | | | TOTAL SESIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 41 | CAMACHO RIVAS | MARIA CAMILA | 1.082.215.133 | x | x | x | | X | X | | | X | X | X | | | | | | | | | | 8 |
| 42 | TORRES BASTIDAS | NEYLA JULIETH | 1.004.305.152 | x | x | | | X | X | X | | X | X | X | | | | | | | | | | 8 |
| 43 | TRUJILLO TOVAR | LINA PIEDAD | 26.607.874 | x | | | | x | | | | X | X | X | | | | | | | | | | 5 |
| 44 | HERNANDEZ | FRANCY ELENA | 26.606.989 | X | X | X | | X | X | | | X | X | | | | | | | | | | | 7 |
| 45 | LEIVA TAVERA | MARIA FERNANDA | 1.082.217.203 | X | X | | | X | | X | | X | X | | | | | | | | | | | 6 |
| 46 | TAVERA MANCHOLA | NELLY | 26.606.678 | X | X | | | X | | X | | X | X | | | | | | | | | | | 6 |
| 47 | QUINTERO COLLAZOS | MARIBEL | 1.082.215.709 | X | | X | | X | X | | | X | X | | | | | | | | | | | 6 |
| 48 | ACUÑA | DAYANA ALEJANDRA | 1.004.305.222 | X | X | | | X | X | | | X | | X | | | | | | | | | | 6 |
| 49 | ALVARES CUEVAS | MAGNOLIA | 26.607.673 | x | | x | | x | | x | | x | | x | | | | | | | | | | 6 |
| 50 | CUEVAS TRUJILLO | RENATA | 1.004.304.888 | x | x | x | | x | x | x | | x | x | x | | | | | | | | | | 9 |
| 51 | ROJAS MEJIA | GISELLE TATIANA | 1.082.214.971 | x | x | x | | x | x | x | | x | x | x | | | | | | | | | | 9 |
| 52 | PENAGOS | MARIA ANTONIA | 55.167.816 | x | x | x | | x | x | x | | x | x | x | | | | | | | | | | 9 |
| 53 | RAMIREZ LOZANO | LINA MARCELA | 1.076.508.138 | x | x | x | | x | x | x | | x | x | x | | | | | | | | | | 9 |
| 54 | BARRERA | SILVIA | 26.584.658 | x | | x | | x | x | | | x | x | x | | | | | | | | | | 7 |
| 55 | RAMIREZ CUMBE | AURORA | 26.607.581 | x | x | x | | x | | x | | x | x | | | | | | | | | | | 7 |
| 56 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 57 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 58 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 59 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 60 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**OBSERVACIONES O NOVEDADES:**

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos · Mindeporte · INDERHUILA | **PROCESO**<br>FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL<br>**FORMATO**<br>Ficha de Seguimiento a Grupos Regulares y No Regulares de Actividad Física | **Versión:** 3<br>**CÓDIGO:** FD-FR-089<br>**Fecha:** 19/07/2021 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NOMBRE DEL ARTICULADOR HEVS-VAS, MONITOR O PROMOTOR DE HEVS:** | | **NOMBRE DEL GRUPO REGULAR O NO REGULAR:** | | **SEMANA EPIDEMIOLÓGICA** | |
| | | | | **DESDE:** | **HASTA:** |
| **DEPARTAMENTO:** | | **MUNICIPIO:** | | **COMUNA, LOCALIDAD O VEREDA:** | |

| No | APELLIDOS | NOMBRES | NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | SEM EP: | | | | SEM EP: | | | | SEM EP: | | | | SEM EP: | | | | SEM EP: | | | | TOTAL SESIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 61 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 62 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 63 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 64 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 65 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 66 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 67 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 68 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 69 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 70 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 71 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 72 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 73 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 74 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 75 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 76 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 77 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 78 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 79 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 80 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| **OBSERVACIONES O NOVEDADES:** | |

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos Mindeporte / INDERHUILA | **PROCESO**<br>FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | **Versión:** 3 |
| | **FORMATO**<br>Ficha de Seguimiento a Grupos Regulares y No Regulares de Actividad Física | **CÓDIGO:** FD-FR-089<br>**Fecha:** 19/07/2021 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **NOMBRE DEL ARTICULADOR HEVS-VAS, MONITOR O PROMOTOR DE HEVS:** | | **NOMBRE DEL GRUPO REGULAR O NO REGULAR:** | | **SEMANA EPIDEMIOLÓGICA** | | | |
| | | | | **DESDE:** | **14** | **HASTA:** | **17** |
| **DEPARTAMENTO:** | | **MUNICIPIO:** | | **COMUNA, LOCALIDAD O VEREDA:** | | | |

| No | APELLIDOS | NOMBRES | NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | SEM EP: | | 14 | | SEM EP: | | 16 | | SEM EP: | | 17 | | SEM EP: | | | | SEM EP: | | | | TOTAL SESIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 1 | NIÑO CUMBE | ANYELA MERCEDES | 1.082.214.523 | X | | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | | 6 |
| 2 | PERDOMO VARGAS | ANDREA FERNANDA | 1.075.265.074 | X | X | X | | X | X | X | | X | X | X | | | | | | | | | | 9 |
| 3 | CRUZ ARROYO | ZULMA KATERIN | 1.082.216.739 | X | X | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | | 7 |
| 4 | DURAN COLLAZOS | SHAIRA DANIELA | 1.082.216.109 | X | X | X | | X | X | X | | X | X | X | | | | | | | | | | 9 |
| 5 | CEDEÑO CERRANO | SOLANYI | 1.082.216.077 | X | X | X | | X | | X | | X | | X | | | | | | | | | | 7 |
| 6 | PAREDES | JAIDY YOHANA | 26.607.780 | X | | X | | X | | X | | X | X | X | | | | | | | | | | 7 |
| 7 | VALENCIA SUNS | ERMILA | 36.382.667 | X | X | X | | | | | | X | X | X | | | | | | | | | | 6 |
| 8 | OBREGON CUELLAR | LUCIANA | 1.082.216.254 | X | X | | | | X | X | | X | X | X | | | | | | | | | | 7 |
| 9 | POLANIA PAREDES | MARTHA ISABEL | 36.342.566 | X | X | X | | X | X | | | X | X | | | | | | | | | | | 7 |
| 10 | PAREDES | MARTHA CECILIA | 26.606.618 | X | X | X | | X | X | X | | X | X | X | | | | | | | | | | 9 |
| 11 | MEDINA | CAREN NICOL | 1.082.215.130 | X | X | | | X | | X | | | X | X | | | | | | | | | | 6 |
| 12 | OBREGON CEDEÑO | MIRIAM MERCEDES | 1.082.214.758 | X | X | X | | X | | X | | X | X | | | | | | | | | | | 7 |
| 13 | COLLAZOS OBREGON | NORMA | 1.082.214.195 | X | X | X | | X | x | X | | x | X | X | | | | | | | | | | 9 |
| 14 | POLANIA GOMEZ | EMILCE | 26.512.133 | X | X | X | | | X | X | | X | X | X | | | | | | | | | | 8 |
| 15 | TRUJILLO CAMACHO | KATHERINE | 1.075.270.988 | X | | X | | | X | | | X | X | | | | | | | | | | | 5 |
| 16 | OBREGON CEDEÑO | MARIA ALEJANDRA | 1.004.492.082 | X | X | | | X | X | | | X | | X | | | | | | | | | | 6 |
| 17 | ROJAS TRUJILLO | ANNI ISABELLA | 1.976.914.484 | X | | X | | X | X | | | | X | X | | | | | | | | | | 6 |
| 18 | POLANIA GOMEZ | EDILMA | 51.982.390 | X | X | | | X | X | | | X | X | | | | | | | | | | | 6 |
| 19 | ARROYO TUIRAN | BRISEIDA | 23.219.456 | | | x | | X | X | | | X | X | X | | | | | | | | | | 6 |
| 20 | MOLINA MONTIEL | ARGELIA | 26.607.448 | X | | X | | X | X | | | X | X | X | | | | | | | | | | 7 |

**OBSERVACIONES O NOVEDADES:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| El deporte es de todos · Mindeporte · INDERHUILA | **PROCESO** FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | | **Versión:** 3 |
| | **FORMATO** Ficha de Seguimiento a Grupos Regulares y No Regulares de Actividad Física | | **CÓDIGO:** FD-FR-089 |
| | | | **Fecha:** 19/07/2021 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **NOMBRE DEL ARTICULADOR HEVS-VAS, MONITOR O PROMOTOR DE HEVS:** | | **NOMBRE DEL GRUPO REGULAR O NO REGULAR:** | | **SEMANA EPIDEMIOLÓGICA** | **DESDE:** | **14** | **HASTA:** 17 |
| **DEPARTAMENTO:** | | **MUNICIPIO:** | | **COMUNA, LOCALIDAD O VEREDA:** | | | |

| No | APELLIDOS | NOMBRES | NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | SEM EP: 14 | | | | SEM EP: 16 | | | | SEM EP: 17 | | | | SEM EP: | | | | SEM EP: | | | | TOTAL SESIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 21 | MONROY | MERLY DAYANA | 1.117.971.312 | X | X | x | | X | X | | | X | X | x | | | | | | | | | | 8 |
| 22 | MONROY | ANA ISABEL | 1.130.024.336 | X | x | x | | X | X | | | X | X | x | | | | | | | | | | 8 |
| 23 | ANDRADE OBREGON | KATALINA | 10.822.166.404 | X | X | | | X | X | | | X | X | | | | | | | | | | | 6 |
| 24 | OBREGON CUELLAR | LUCIANA | 1.082.216.254 | X | X | | | X | X | | | X | X | | | | | | | | | | | 6 |
| 25 | OBREGON CUELLAR | LUIS ALFREDO | 1.082.216.769 | X | X | | | X | X | | | X | X | | | | | | | | | | | 6 |
| 26 | POLANIA | LAURA CAMILA | 1.076.912.710 | X | X | | | X | X | | | X | X | | | | | | | | | | | 6 |
| 27 | DURAN COLLAZOS | ANDRES MAURICIO | 1.075.222.670 | X | X | | | X | | X | | X | X | | | | | | | | | | | 6 |
| 28 | DURAN NIÑO | JAMPIERE | 1.082.216.732 | X | X | | | X | X | | | X | X | X | | | | | | | | | | 7 |
| 29 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 31 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 32 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 33 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 34 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 36 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 37 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 38 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 39 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 40 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| **OBSERVACIONES O NOVEDADES:** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| El deporte es de todos · Mindeporte · INDERHUILA | **PROCESO**<br>FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | | **Versión:** 3 |
| | **FORMATO**<br>Ficha de Seguimiento a Grupos Regulares y No Regulares de Actividad Física | | **CÓDIGO:** FD-FR-089<br>**Fecha:** 19/07/2021 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **NOMBRE DEL ARTICULADOR HEVS-VAS, MONITOR O PROMOTOR DE HEVS:** | | **NOMBRE DEL GRUPO REGULAR O NO REGULAR:** | | **SEMANA EPIDEMIOLÓGICA** | | | |
| | | | | **DESDE:** | | **HASTA:** | |
| **DEPARTAMENTO:** | | **MUNICIPIO:** | | **COMUNA, LOCALIDAD O VEREDA:** | | | |

| No | APELLIDOS | NOMBRES | NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | SEM EP: | | | | SEM EP: | | | | SEM EP: | | | | SEM EP: | | | | SEM EP: | | | | TOTAL SESIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 41 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 42 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 43 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 44 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 45 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 46 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 47 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 48 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 49 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 50 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 51 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 52 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 53 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 54 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 55 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 56 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 57 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 58 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 59 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 60 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**OBSERVACIONES O NOVEDADES:**

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos · Mindeporte · INDERHUILA | **PROCESO**<br>FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL<br>**FORMATO**<br>Ficha de Seguimiento a Grupos Regulares y No Regulares de Actividad Física | **Versión:** 3<br>**CÓDIGO:** FD-FR-089<br>**Fecha:** 19/07/2021 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NOMBRE DEL ARTICULADOR HEVS-VAS, MONITOR O PROMOTOR DE HEVS:** | | **NOMBRE DEL GRUPO REGULAR O NO REGULAR:** | | **SEMANA EPIDEMIOLÓGICA** | |
| | | | | **DESDE:** | **HASTA:** |
| **DEPARTAMENTO:** | | **MUNICIPIO:** | | **COMUNA, LOCALIDAD O VEREDA:** | |

| No | APELLIDOS | NOMBRES | NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | SEM EP: | | | | SEM EP: | | | | SEM EP: | | | | SEM EP: | | | | SEM EP: | | | | TOTAL SESIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 61 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 62 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 63 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 64 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 65 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 66 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 67 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 68 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 69 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 70 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 71 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 72 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 73 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 74 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 75 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 76 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 77 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 78 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 79 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 80 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| **OBSERVACIONES O NOVEDADES:** | |

| | PROCESO | Versión: 1 |
|---|---|---|
| El deporte es de todos · Mindeporte · INDERHUILA | FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | CÓDIGO: FD-FR-110 |
| | FORMATO: CRONOGRAMA SEMANAL MONITORES Y PROMOTORES DE HEVS | Fecha: 23/07/2021 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **DEPARTAMENTO O MUNICIPIO** | HUILA | **SEMANA EPIDEMIOLÓGICA PLANIFICADA** | | 14 | |
| **NOMBRE DEL PROGRAMA** | HUILA ACTIVO Y SALUDABLE | **MUNICIPIO 1** | YAGUARA | **MUNICIPIO 2** | IQUIRA |
| **ROL CONTRACTUAL** | MONITOR PROFESIONAL | **MUNICIPIO 3** | NEIVA | **MUNICIPIO 4** | BETANIA |
| **NOMBRE DEL MONITOR O PROMOTOR DE HEVS** | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO | | | | |

## CRONOGRAMA SEMANAL MONITOR Y PROMOTOR DE HEVS

### DOMINGO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **MUNICIPIO** | YAGUARA | **MUNICIPIO** | | **MUNICIPIO** | | **MUNICIPIO** | |
| **LUGAR** | CASA | **LUGAR** | | **LUGAR** | | **LUGAR** | |
| **DIRECCIÓN** | CASA | **DIRECCIÓN** | | **DIRECCIÓN** | | **DIRECCIÓN** | |
| **HORA** | 9:00 AM | **HORA** | | **HORA** | | **HORA** | |
| **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | |
| Otros | | | | | | | |
| **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | |
| realización del cronograma de la semana 14 | | | | | | | |

### LUNES

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **MUNICIPIO** | IQUIRA | **MUNICIPIO** | YAGUARA | **MUNICIPIO** | YAGUARA | **MUNICIPIO** | |
| **LUGAR** | CONCHA | **LUGAR** | V/VILU | **LUGAR** | PARQUE PRINCIPAL | **LUGAR** | |
| **DIRECCIÓN** | CONCHA | **DIRECCIÓN** | V/VILU | **DIRECCIÓN** | PARQUE PRINCIPAL | **DIRECCIÓN** | |
| **HORA** | 4:00 0M | **HORA** | 5:30 PM | **HORA** | 7:00 PM | **HORA** | |
| **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | |
| Sesión Grupo Regular | | Sesión Grupo Regular | | Sesión Grupo Regular | | | |
| **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | |
| sesión de actividad fisica musicalizada en la modalidad de Estimulación Muscular con enfasis en el tren superior realizando trabajos como: puhs up, fondos, remos con tarros llenos de arena, pres militar, copa, entre otros. | | sesión de actividad fisica musicalizada en la modalidad de Estimulación Muscular con enfasis en el tren superior realizando trabajos como: puhs up, fondos, remos con tarros llenos de arena, pres militar, copa, entre otros. | | sesión de actividad fisica musicalizada en la modalidad de Estimulación Muscular con enfasis en el tren superior realizando trabajos como: puhs up, fondos, remos con tarros llenos de arena, pres militar, copa, entre otros. | | | |

### MARTES

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **MUNICIPIO** | BETANIA | **MUNICIPIO** | YAGUARA | **MUNICIPIO** | | **MUNICIPIO** | |
| **LUGAR** | POLIDEPORTIVO | **LUGAR** | POLIDEPORTIVO TUNGURAHUA | **LUGAR** | | **LUGAR** | |
| **DIRECCIÓN** | POLIDEPORTIVO | **DIRECCIÓN** | POLIDEPORTIVO TUNGURAHUA | **DIRECCIÓN** | | **DIRECCIÓN** | |
| **HORA** | 5:00 PM | **HORA** | 7:00 PM | **HORA** | | **HORA** | |
| **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | |
| Sesión Grupo no Regular | | Sesión Grupo Regular | | | | | |
| **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | |
| sesión de actividad fisica musicalizada en la modalidad de Estimulación Muscular con enfasis en el tren superior realizando trabajos como: puhs up, fondos, remos con tarros llenos de arena, pres militar, copa, entre otros. | | sesión de actividad fisica musicalizada en la modalidad de Estimulación Muscular con enfasis en el tren superior realizando trabajos como: puhs up, fondos, remos con tarros llenos de arena, pres militar, copa, entre otros. | | | | | |

### MIÉRCOLES

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **MUNICIPIO** | YAGUARA | **MUNICIPIO** | YAGUARA | **MUNICIPIO** | IQUIRA | **MUNICIPIO** | YAGUARA |
| **LUGAR** | HOGAR INFANTIL | **LUGAR** | HOGAR GERIATRICO | **LUGAR** | CONCHA | **LUGAR** | PARQUE PRINCIPAL |
| **DIRECCIÓN** | HOGAR INFANTIL | **DIRECCIÓN** | HOGAR GERIATRICO | **DIRECCIÓN** | CONCHA | **DIRECCIÓN** | PARQUE PRINCIPAL |
| **HORA** | 8:00 AM | **HORA** | 10:00 AM | **HORA** | 4:00 PM | **HORA** | 7:00 PM |
| **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | |
| Acciones para promover HEVS | | Acciones para promover HEVS | | Sesión Grupo Regular | | Sesión Grupo Regular | |
| **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | |
| Sesión de actividad fisica musicalizada en la modalidad de Rumba Aérobica con niños entre los 2 y 5 años de edad aproximadamente. En honor al Día Mundial de la Actividad Física. | | Sesión de actividad fisica musicalizada en la modalidad de Rumba Aérobica con el adulto mayor. En honor al Día Mundial de la Actividad Física. | | Sesión de actividad fisica musicalizada en la modalidad de Rumba Aérobica con el fin de celebrar el Día Mundial de la Actividad Física. | | Sesión de actividad fisica musicalizada en la modalidad de Rumba Aérobica aluciba al mes del niño denominada "SACA EL NIÑO QUE LLEVAS DENTRO" donde las diferentes usuarias llevaron pelucas, antifaz, entre otros con el fin de celebrar el Día Mundial de la Actividad Física. | |

### JUEVES

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **MUNICIPIO** | YAGUARA | **MUNICIPIO** | BETANIA | **MUNICIPIO** | | **MUNICIPIO** | |
| **LUGAR** | I E SANTA ANA | **LUGAR** | POLIDEPORTIVO | **LUGAR** | | **LUGAR** | |
| **DIRECCIÓN** | I E SANTA ANA | **DIRECCIÓN** | POLIDEPORTIVO | **DIRECCIÓN** | | **DIRECCIÓN** | |
| **HORA** | 3:00 PM | **HORA** | 5:00PM | **HORA** | | **HORA** | |
| **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | |
| Acciones para promover HEVS | | Sesión Grupo no Regular | | | | | |
| **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | |
| Sesión de actividad fisica musicalizada en la modalidad de Rumba Aérobica. | | Sesión de actividad fisica musicalizada en la modalidad de Rumba Aérobica. | | | | | |

### VIERNES

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **MUNICIPIO** | YAGUARA | **MUNICIPIO** | IQUIRA | **MUNICIPIO** | YAGUARA | **MUNICIPIO** | |
| **LUGAR** | I E FERNANDO MONJE CASANOVA | **LUGAR** | CONCHA | **LUGAR** | COLISEO I E ANA ELISA CUENCA LARA | **LUGAR** | |
| **DIRECCIÓN** | I E FERNANDO MONJE CASANOVA | **DIRECCIÓN** | CONCHA | **DIRECCIÓN** | COLISEO I E ANA ELISA CUENCA LARA | **DIRECCIÓN** | |
| **HORA** | 9:30 AM | **HORA** | 4:00 PM | **HORA** | 6:00 PM | **HORA** | |
| **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | |
| Asesoría a instituciones u organizaciones | | Sesión Grupo Regular | | Evento masivo | | | |
| **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | |
| capacitacion a dicha institución sobre los Hábitos y Estilos de Vida Saludable, con los niños y profesoras de la I.E, donde se les hablo sobre la importancia de una buena alimentacion saludable y la realización de la actividad fisica. | | Sesión de actividad fisica musicalizada en la modalidad de Rumba Aérobica. | | La alcaldia municipal de YAGUARA con ayuda del INDERHUILA, celebrará el Día Mundial de la Actividad Física, se hizo la invitacion a los municipios aledaños para que se hagan partícipes de dicho evento. | | | |

### SÁBADO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **MUNICIPIO** | | **MUNICIPIO** | | **MUNICIPIO** | | **MUNICIPIO** | |
| **LUGAR** | | **LUGAR** | | **LUGAR** | | **LUGAR** | |
| **DIRECCIÓN** | | **DIRECCIÓN** | | **DIRECCIÓN** | | **DIRECCIÓN** | |
| **HORA** | | **HORA** | | **HORA** | | **HORA** | |
| **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | |
| | | | | | | | |
| **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | |
| | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| **OBSERVACIONES** | |

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos · Mindeporte · INDERHUILA | **PROCESO**<br>FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | **Versión:** 1<br>**CÓDIGO:**<br>FD-FR-110 |
| | **FORMATO**<br>CRONOGRAMA SEMANAL MONITORES Y PROMOTORES DE HEVS | **Fecha:** 23/07/2021 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **DEPARTAMENTO O MUNICIPIO** | HUILA | **SEMANA EPIDEMIOLÓGICA PLANIFICADA** | | 16 | |
| **NOMBRE DEL PROGRAMA** | HUILA ACTIVO Y SALUDABLE | **MUNICIPIO 1** | YAGUARA | **MUNICIPIO 2** | IQUIRA |
| **ROL CONTRACTUAL** | MONITOR PROFESIONAL | **MUNICIPIO 3** | NEIVA | **MUNICIPIO 4** | BETANIA |
| **NOMBRE DEL MONITOR O PROMOTOR DE HEVS** | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO | | | | |

**CRONOGRAMA SEMANAL MONITOR Y PROMOTOR DE HEVS**

## DOMINGO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **MUNICIPIO** | YAGUARA | **MUNICIPIO** | | **MUNICIPIO** | | **MUNICIPIO** | |
| **LUGAR** | CASA | **LUGAR** | | **LUGAR** | | **LUGAR** | |
| **DIRECCIÓN** | CASA | **DIRECCIÓN** | | **DIRECCIÓN** | | **DIRECCIÓN** | |
| **HORA** | 9:00PM | **HORA** | | **HORA** | | **HORA** | |
| **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | |
| Otros | | | | | | | |
| **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | |
| Planeación de la semana 16 según el calendario epidemiologico | | | | | | | |

## LUNES

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **MUNICIPIO** | IQUIRA | **MUNICIPIO** | YAGUARA | **MUNICIPIO** | YAGUARA | **MUNICIPIO** | |
| **LUGAR** | CONCHA | **LUGAR** | V/VILU | **LUGAR** | PARQUE PRINCIPAL | **LUGAR** | |
| **DIRECCIÓN** | CONCHA | **DIRECCIÓN** | POLIDEPORTIVO | **DIRECCIÓN** | PARQUE PRINCIPAL | **DIRECCIÓN** | |
| **HORA** | 4:00PM | **HORA** | 5:30 PM | **HORA** | 7:00PM | **HORA** | |
| **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | |
| Sesión Grupo Regular | | Sesión Grupo Regular | | Sesión Grupo Regular | | | |
| **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | |
| Sesión de actividad física musicalizada en la modalidad de Gimnasia Aérobica. (camino en diagolal derecha, camino en diagonal izquierda, camino hacia en frente y elevo rodilla y dos pasos en V).segundo bloque (desplazamiento hacia la derecha ida y regreso, tres mambos, camino hacia en frente y tres pasos en V). | | Sesión de actividad física musicalizada en la modalidad de Gimnasia Aérobica. (camino en diagolal derecha, camino en diagonal izquierda, camino hacia en frente y elevo rodilla y dos pasos en V).segundo bloque (desplazamiento hacia la derecha ida y regreso, tres mambos, camino hacia en frente y tres pasos en V). | | Sesión de actividad física musicalizada en la modalidad de Gimnasia Aérobica. (camino en diagolal derecha, camino en diagonal izquierda, camino hacia en frente y elevo rodilla y dos pasos en V).segundo bloque (desplazamiento hacia la derecha ida y regreso, tres mambos, camino hacia en frente y tres pasos en V). | | | |

## MARTES

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **MUNICIPIO** | BETANIA | **MUNICIPIO** | YAGUARA | **MUNICIPIO** | | **MUNICIPIO** | |
| **LUGAR** | POLIDEPORTIVO | **LUGAR** | POLIDEPORTIVO TUNGURAHUA | **LUGAR** | | **LUGAR** | |
| **DIRECCIÓN** | POLIDEPORTIVO | **DIRECCIÓN** | POLIDEPORTIVO TUNGURAHUA | **DIRECCIÓN** | | **DIRECCIÓN** | |
| **HORA** | 5:00 PM | **HORA** | 7:00PM | **HORA** | | **HORA** | |
| **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | |
| Sesión Grupo no Regular | | Sesión Grupo Regular | | | | | |
| **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | |
| Sesión de actividad física musicalizada en la modalidad de Gimnasia Aérobica. (camino en diagolal derecha, camino en diagonal izquierda, camino hacia en frente y elevo rodilla y dos pasos en V).segundo bloque (desplazamiento hacia la derecha ida y regreso, tres mambos, camino hacia en frente y tres pasos en V). | | Sesión de actividad física musicalizada en la modalidad de Gimnasia Aérobica. (camino en diagolal derecha, camino en diagonal izquierda, camino hacia en frente y elevo rodilla y dos pasos en V).segundo bloque (desplazamiento hacia la derecha ida y regreso, tres mambos, camino hacia en frente y tres pasos en V). | | | | | |

## MIÉRCOLES

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **MUNICIPIO** | IQUIRA | **MUNICIPIO** | YAGUARA | **MUNICIPIO** | YAGUARA | **MUNICIPIO** | |
| **LUGAR** | CONCHA | **LUGAR** | V/VILU | **LUGAR** | PARQUE PRINCIPAL | **LUGAR** | |
| **DIRECCIÓN** | CONCHA | **DIRECCIÓN** | V/VILU | **DIRECCIÓN** | PARQUE PRINCIPAL | **DIRECCIÓN** | |
| **HORA** | 4:00PM | **HORA** | 5:30 PM | **HORA** | 7:00PM | **HORA** | |
| **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | |
| Sesión Grupo Regular | | Sesión Grupo Regular | | Sesión Grupo Regular | | | |
| **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | |
| Sesión de actividad física musicalizada en la modalidad de Estimulacion Muscular en el tren inferior, teniendo en cuenta las diferentes patologias y edades del grupo. | | Sesión de actividad física musicalizada en la modalidad de Estimulacion Muscular en el tren inferior, teniendo en cuenta las diferentes patologias y edades del grupo. | | Sesión de actividad física musicalizada en la modalidad de Estimulacion Muscular en el tren inferior, teniendo en cuenta las diferentes patologias y edades del grupo. | | | |

## JUEVES

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **MUNICIPIO** | BETANIA | **MUNICIPIO** | YAGUARA | **MUNICIPIO** | | **MUNICIPIO** | |
| **LUGAR** | POLIDEPORTIVO | **LUGAR** | POLIDEPORTIVO TUNGURAHUA | **LUGAR** | | **LUGAR** | |
| **DIRECCIÓN** | POLIDEPORTIVO | **DIRECCIÓN** | POLIDEPORTIVO TUNGURAHUA | **DIRECCIÓN** | | **DIRECCIÓN** | |
| **HORA** | 5:00PM | **HORA** | 7:00PM | **HORA** | | **HORA** | |
| **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | |
| Sesión Grupo no Regular | | Sesión Grupo Regular | | | | | |
| **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | |
| Sesión de actividad física musicalizada en la modalidad de Artes Marciales Mixtas. | | Sesión de actividad física musicalizada en la modalidad de Artes Marciales Mixtas. | | | | | |

## VIERNES

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **MUNICIPIO** | IQUIRA | **MUNICIPIO** | YAGUARA | **MUNICIPIO** | YAGUARA | **MUNICIPIO** | |
| **LUGAR** | CONCHA | **LUGAR** | V/VILU | **LUGAR** | PARQUE PRINCIPAL | **LUGAR** | |
| **DIRECCIÓN** | CONCHA | **DIRECCIÓN** | POLIDEPORTIVO | **DIRECCIÓN** | PARQUE PRINCIPAL | **DIRECCIÓN** | |
| **HORA** | 4:00PM | **HORA** | 5:30PM | **HORA** | 7:00PM | **HORA** | |
| **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | |
| Sesión Grupo Regular | | Sesión Grupo Regular | | Sesión Grupo Regular | | | |
| **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | |
| Sesión de actividad física musicalizada en la modalidad de Artes Marciales Mixtas. | | Sesión de actividad física musicalizada en la modalidad de Artes Marciales Mixtas. | | Sesión de actividad física musicalizada en la modalidad de Artes Marciales Mixtas. | | | |

## SÁBADO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **MUNICIPIO** | YAGUARA | **MUNICIPIO** | | **MUNICIPIO** | | **MUNICIPIO** | |
| **LUGAR** | VARIANTE DE YAGUARA | **LUGAR** | | **LUGAR** | | **LUGAR** | |
| **DIRECCIÓN** | VARIANTE DE YAGUARA | **DIRECCIÓN** | | **DIRECCIÓN** | | **DIRECCIÓN** | |
| **HORA** | 6:00 AM | **HORA** | | **HORA** | | **HORA** | |
| **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | |
| Sesión Grupo Regular | | | | | | | |
| **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | |
| caminata con el grupo alrededor del pueblo y por la variante. | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| **OBSERVACIONES** | |

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos · Mindeporte · INDERHUILA | **PROCESO**<br>FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | **Versión:** 1<br>**CÓDIGO:**<br>FD-FR-110 |
| | **FORMATO**<br>CRONOGRAMA SEMANAL MONITORES Y PROMOTORES DE HEVS | **Fecha:** 23/07/2021 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **DEPARTAMENTO O MUNICIPIO** | HUILA | **SEMANA EPIDEMIOLÓGICA PLANIFICADA** | | 17 | |
| **NOMBRE DEL PROGRAMA** | HUILA ACTIVO Y SALUDABLE | **MUNICIPIO 1** | YAGUARA | **MUNICIPIO 2** | IQUIRA |
| **ROL CONTRACTUAL** | MONITOR PROFESIONAL | **MUNICIPIO 3** | NEIVA | **MUNICIPIO 4** | BETANIA |
| **NOMBRE DEL MONITOR O PROMOTOR DE HEVS** | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO | | | | |

**CRONOGRAMA SEMANAL MONITOR Y PROMOTOR DE HEVS**

## DOMINGO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **MUNICIPIO** | YAGUARA | **MUNICIPIO** | | **MUNICIPIO** | | **MUNICIPIO** | |
| **LUGAR** | CASA | **LUGAR** | | **LUGAR** | | **LUGAR** | |
| **DIRECCIÓN** | CASA | **DIRECCIÓN** | | **DIRECCIÓN** | | **DIRECCIÓN** | |
| **HORA** | 9:00AM | **HORA** | | **HORA** | | **HORA** | |
| **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | |
| Otros | | | | | | | |
| **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | |
| Planeación del cronograma de la semana 17 según el calendario epidemiologico. | | | | | | | |

## LUNES

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **MUNICIPIO** | IQUIRA | **MUNICIPIO** | YAGUARA | **MUNICIPIO** | YAGUARA | **MUNICIPIO** | |
| **LUGAR** | CONCHA | **LUGAR** | V/VILU | **LUGAR** | PARQUE PRINCIPAL | **LUGAR** | |
| **DIRECCIÓN** | CONCHA | **DIRECCIÓN** | POLIDEPORTIVO | **DIRECCIÓN** | PARQUE PRINCIPAL | **DIRECCIÓN** | |
| **HORA** | 4:00PM | **HORA** | 5:30PM | **HORA** | 7:00PM | **HORA** | |
| **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | |
| Sesión Grupo Regular | | Sesión Grupo Regular | | Sesión Grupo Regular | | | |
| **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | |
| Sesión de actividad física musicalizada en la modalidad de Gimnasia Aérobica. | | Sesión de actividad física musicalizada en la modalidad de Gimnasia Aérobica. | | Sesión de actividad física musicalizada en la modalidad de Gimnasia Aérobica. | | | |

## MARTES

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **MUNICIPIO** | BETANIA | **MUNICIPIO** | YAGUARA | **MUNICIPIO** | | **MUNICIPIO** | |
| **LUGAR** | POLIDEPORTIVO | **LUGAR** | POLIDEPORTIVO TUNGURAHUA | **LUGAR** | | **LUGAR** | |
| **DIRECCIÓN** | POLIDEPORTIVO | **DIRECCIÓN** | POLIDEPORTIVO TUNGURAHUA | **DIRECCIÓN** | | **DIRECCIÓN** | |
| **HORA** | 5:00PM | **HORA** | 7:00PM | **HORA** | | **HORA** | |
| **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | |
| Sesión Grupo no Regular | | Sesión Grupo Regular | | | | | |
| **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | |
| Sesión de actividad física musicalizada en la modalidad de Gimnasia Aérobica. | | Sesión de actividad física musicalizada en la modalidad de Gimnasia Aérobica. | | | | | |

## MIÉRCOLES

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **MUNICIPIO** | IQUIRA | **MUNICIPIO** | YAGUARA | **MUNICIPIO** | YAGUARA | **MUNICIPIO** | |
| **LUGAR** | CONCHA | **LUGAR** | V/VILU | **LUGAR** | PARQUE PRINCIPAL | **LUGAR** | |
| **DIRECCIÓN** | CONCHA | **DIRECCIÓN** | POLIDEPORTIVO | **DIRECCIÓN** | PARQUE PRINCIPAL | **DIRECCIÓN** | |
| **HORA** | 4:00PM | **HORA** | 5:30PM | **HORA** | 7:00PM | **HORA** | |
| **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | |
| Sesión Grupo Regular | | Sesión Grupo Regular | | | | | |
| **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | |
| Sesion de actividad fisica en la modalidad de Estimulacion Muscular. | | Sesion de actividad fisica en la modalidad de Estimulacion Muscular. | | Sesion de actividad fisica en la modalidad de Estimulacion Muscular. | | | |

## JUEVES

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **MUNICIPIO** | BETANIA | **MUNICIPIO** | YAGUARA | **MUNICIPIO** | | **MUNICIPIO** | |
| **LUGAR** | POLIDEPORTIVO | **LUGAR** | POLIDEPORTIVO TUNGURAHUA | **LUGAR** | | **LUGAR** | |
| **DIRECCIÓN** | POLIDEPORTIVO | **DIRECCIÓN** | POLIDEPORTIVO TUNGURAHUA | **DIRECCIÓN** | | **DIRECCIÓN** | |
| **HORA** | 5:00PM | **HORA** | 7:00PM | **HORA** | | **HORA** | |
| **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | |
| Sesión Grupo no Regular | | Sesión Grupo Regular | | | | | |
| **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | |
| Sesion de actividad fisica en la modalidad de Estimulacion Muscular. | | Sesion de actividad fisica en la modalidad de Estimulacion Muscular. | | | | | |

## VIERNES

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **MUNICIPIO** | IQUIRA | **MUNICIPIO** | YAGUARA | **MUNICIPIO** | YAGUARA | **MUNICIPIO** | |
| **LUGAR** | CONCHA | **LUGAR** | V/VILU | **LUGAR** | PARQUE PRINCIPAL | **LUGAR** | |
| **DIRECCIÓN** | CONCHA | **DIRECCIÓN** | POLIDEPORTIVO | **DIRECCIÓN** | PARQUE PRINCIPAL | **DIRECCIÓN** | |
| **HORA** | 4:00PM | **HORA** | 5:30PM | **HORA** | 7:00PM | **HORA** | |
| **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | |
| Sesión Grupo Regular | | Sesión Grupo Regular | | Sesión Grupo Regular | | | |
| **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | |
| Sesion de actividad fisica en la modalidad de Rumba Aérobica. | | Sesion de actividad fisica en la modalidad de Rumba Aérobica. | | Sesion de actividad fisica en la modalidad de Rumba Aérobica. | | | |

## SÁBADO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **MUNICIPIO** | YAGUARA | **MUNICIPIO** | | **MUNICIPIO** | | **MUNICIPIO** | |
| **LUGAR** | POLIDEPORTIVO TUNGURAHUA | **LUGAR** | | **LUGAR** | | **LUGAR** | |
| **DIRECCIÓN** | POLIDEPORTIVO TUNGURAHUA | **DIRECCIÓN** | | **DIRECCIÓN** | | **DIRECCIÓN** | |
| **HORA** | 6:00AM | **HORA** | | **HORA** | | **HORA** | |
| **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | |
| Sesión Grupo Regular | | | | | | | |
| **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | |
| Sesion de actividad fisica en la modalidad de Rumba Aérobica. | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| **OBSERVACIONES** | |

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos · Mindeporte · INDERHUILA | **PROCESO** FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | **Versión:** 1 |
| | **FORMATO** CRONOGRAMA SEMANAL MONITORES Y PROMOTORES DE HEVS | **CÓDIGO:** FD-FR-110 |
| | | **Fecha:** 23/07/2021 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **DEPARTAMENTO O MUNICIPIO** | HUILA | **SEMANA EPIDEMIOLÓGICA PLANIFICADA** | | 18 | |
| **NOMBRE DEL PROGRAMA** | HUILA ACTIVO Y SALUDABLE | **MUNICIPIO 1** | YAGUARA | **MUNICIPIO 2** | IQUIRA |
| **ROL CONTRACTUAL** | MONITOR PROFESIONAL | **MUNICIPIO 3** | NEIVA | **MUNICIPIO 4** | BETANIA |
| **NOMBRE DEL MONITOR O PROMOTOR DE HEVS** | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO | | | | |

**CRONOGRAMA SEMANAL MONITOR Y PROMOTOR DE HEVS**

## DOMINGO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **MUNICIPIO** | YAGUARA | **MUNICIPIO** | | **MUNICIPIO** | | **MUNICIPIO** | |
| **LUGAR** | CASA | **LUGAR** | | **LUGAR** | | **LUGAR** | |
| **DIRECCIÓN** | CASA | **DIRECCIÓN** | | **DIRECCIÓN** | | **DIRECCIÓN** | |
| **HORA** | 9:00 AM | **HORA** | | **HORA** | | **HORA** | |
| **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | |
| Otros | | | | | | | |
| **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | |
| planeacion de la semana 18 según el calenadrio epidemoiologico. | | | | | | | |

## LUNES

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **MUNICIPIO** | IQUIRA | **MUNICIPIO** | YAGUARA | **MUNICIPIO** | YAGUARA | **MUNICIPIO** | |
| **LUGAR** | CONCHA | **LUGAR** | V/VILU | **LUGAR** | PARQUE PRINCIPAL | **LUGAR** | |
| **DIRECCIÓN** | CONCHA | **DIRECCIÓN** | V/VILU | **DIRECCIÓN** | PARQUE PRINCIPAL | **DIRECCIÓN** | |
| **HORA** | 4:00 PM | **HORA** | 5:30 PM | **HORA** | 7:00 PM | **HORA** | |
| **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | |
| Sesión Grupo Regular | | Sesión Grupo Regular | | Sesión Grupo Regular | | | |
| **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | |
| sesión de actividad fisica musicalizada en la modalidad de Gimnasia Aerobica, manejando el moto de construccion lienal (mambo,paso rodilla y paso en v, desplazamiento lateral con mabos modificados) | | sesión de actividad fisica musicalizada en la modalidad de Gimnasia Aerobica, manejando el moto de construccion lienal (mambo,paso rodilla y paso en v, desplazamiento lateral con mabos modificados) | | sesión de actividad fisica musicalizada en la modalidad de Gimnasia Aerobica, manejando el moto de construccion lienal (mambo,paso rodilla y paso en v, desplazamiento lateral con mabos modificados) | | | |

## MARTES

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **MUNICIPIO** | BETANIA | **MUNICIPIO** | YAGUARA | **MUNICIPIO** | | **MUNICIPIO** | |
| **LUGAR** | POLIDEPORTIVO | **LUGAR** | POLIDEPORTIVO TUNGURAHUA | **LUGAR** | | **LUGAR** | |
| **DIRECCIÓN** | POLIDEPORTIVO | **DIRECCIÓN** | POLIDEPORTIVO TUNGURAHUA | **DIRECCIÓN** | | **DIRECCIÓN** | |
| **HORA** | 5:00 PM | **HORA** | 7:00 PM | **HORA** | | **HORA** | |
| **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | |
| Sesión Grupo no Regular | | Sesión Grupo Regular | | | | | |
| **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | |
| sesión de actividad fisica musicalizada en la modalidad de Gimnasia Aerobica, manejando el moto de construccion lienal (mambo,paso rodilla y paso en v, desplazamiento lateral con mabos modificados) | | sesión de actividad fisica musicalizada en la modalidad de Gimnasia Aerobica, manejando el moto de construccion lienal (mambo,paso rodilla y paso en v, desplazamiento lateral con mabos modificados) | | | | | |

## MIÉRCOLES

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **MUNICIPIO** | IQUIRA | **MUNICIPIO** | YAGUARA | **MUNICIPIO** | YAGUARA | **MUNICIPIO** | |
| **LUGAR** | CONCHA | **LUGAR** | V/VILU | **LUGAR** | PARQUE PRINCIPAL | **LUGAR** | |
| **DIRECCIÓN** | CONCHA | **DIRECCIÓN** | V/VILU | **DIRECCIÓN** | PARQUE PRINCIPAL | **DIRECCIÓN** | |
| **HORA** | 4:00PM | **HORA** | 5:30 PM | **HORA** | 7:00 PM | **HORA** | |
| **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | |
| Sesión Grupo Regular | | Sesión Grupo Regular | | Sesión Grupo Regular | | | |
| **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | |
| Sesión de actividad fisica musicalizada en la modalidad de Estimulacion Muscular en la zona media. | | Sesión de actividad fisica musicalizada en la modalidad de Estimulacion Muscular en la zona media. | | Sesión de actividad fisica musicalizada en la modalidad de Estimulacion Muscular en la zona media. | | | |

## JUEVES

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **MUNICIPIO** | BETANIA | **MUNICIPIO** | YAGUARA | **MUNICIPIO** | | **MUNICIPIO** | |
| **LUGAR** | POLIDEPORTIVO | **LUGAR** | POLIDEPORTIVO TUNGURAHUA | **LUGAR** | | **LUGAR** | |
| **DIRECCIÓN** | POLIDEPORTIVO | **DIRECCIÓN** | POLIDEPORTIVO TUNGURAHUA | **DIRECCIÓN** | | **DIRECCIÓN** | |
| **HORA** | 5:00PM | **HORA** | 7:00PM | **HORA** | | **HORA** | |
| **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | |
| Sesión Grupo no Regular | | Sesión Grupo Regular | | | | | |
| **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | |
| Sesión de actividad fisica musicalizada en la modalidad de Estimulacion Muscular en la zona media. | | Sesión de actividad fisica musicalizada en la modalidad de Estimulacion Muscular en la zona media. | | | | | |

## VIERNES

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **MUNICIPIO** | YAGUARA | **MUNICIPIO** | YAGUARA | **MUNICIPIO** | IQUIRA | **MUNICIPIO** | YAGUARA |
| **LUGAR** | I E FERNANDO MONJE CASANOVA | **LUGAR** | EMPRESAS PUBLICAS EPY | **LUGAR** | CONCHA | **LUGAR** | V/VILU |
| **DIRECCIÓN** | I E FERNANDO MONJE CASANOVA | **DIRECCIÓN** | EMPRESAS PUBLICAS EPY | **DIRECCIÓN** | CONCHA | **DIRECCIÓN** | V/VILU |
| **HORA** | 9:00 AM | **HORA** | 10:30 AM | **HORA** | 4:00PM | **HORA** | 5:30 PM |
| **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | |
| Asesoría a instituciones u organizaciones | | Asesoría a instituciones u organizaciones | | Sesión Grupo Regular | | Sesión Grupo Regular | |
| **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | |
| Estrategia para que los niños y niña de dicha institución comiencen a concientizarse y a concientizar a los padres de que les envien loncheras mas saludables.( preimo a la lonchera mas saludable del dia). | | compartir con los empleados explicando las importancia de una buena alimentacion saludable y que de ellos depende muchas formas de llevar una buena vida, alejada de las enfermedades no transmisibles. | | Sesión de actividad fisica musicalizada en la modalidad de Rumba Aérobica. | | Sesión de actividad fisica musicalizada en la modalidad de Rumba Aérobica. | |

## SÁBADO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **MUNICIPIO** | YAGUARA | **MUNICIPIO** | | **MUNICIPIO** | | **MUNICIPIO** | |
| **LUGAR** | POLIDEPORTIVO TUNGURAHUA | **LUGAR** | | **LUGAR** | | **LUGAR** | |
| **DIRECCIÓN** | POLIDEPORTIVO TUNGURAHUA | **DIRECCIÓN** | | **DIRECCIÓN** | | **DIRECCIÓN** | |
| **HORA** | 6:00AM | **HORA** | | **HORA** | | **HORA** | |
| **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | | **ACTIVIDAD PROGRAMADA** | |
| Sesión Grupo Regular | | | | | | | |
| **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | | **BREVE DESCRIPCIÓN** | |
| Sesión de actividad fisica musicalizada en la modalidad de Rumba Aérobica. | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| **OBSERVACIONES** | |

# GRUPO NO REGULAR HEVS BETANIA

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos Medellín | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL<br>FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | Versión: 4<br>CÓDIGO: FD-FR-054<br>Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 04/04/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | botanica | TIPO DE GRUPO | NO REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | botanica | | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | botanica | ESCENARIO | Polideportivo | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3156453518 | | | | |

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Valentina Pinzon Saavedra | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 18/03/95 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1075287028 | PAÍS DE NACIMIENTO | colombia | NACIONALIDAD | Colombia | GRUPO ÉTNICO | ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | ninguna | CONDICIÓN | ninguno | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Ecoopsos |
| SITUACIÓN LABORAL | Trabajar | NIVEL EDUCATIVO | Profesional | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | TELÉFONO CELULAR | 315 645 3518 | | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | botanica | ZONA | rural | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | botanica | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Nohora Saavedra | TELÉFONO CELULAR | 3156453518 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Teléfonos | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

**2. DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | 3 |
| | | | | | | | 1 | | | | | | 1 | | | | | | |

**3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)**

**3.1. ACTIVIDAD FISICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

**3.2. ACTIVIDAD FISICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 2 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60" | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | asistir al grupo AF |
| 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | | | | | | | |

**3.2. ACTIVIDAD FISICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | |
|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizo la actividad física? | moderada |

**3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO**

| | |
|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 4 |

**3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 0 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | | |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO | | |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 | | | | |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | | |
| 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | | | | | | |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Bueno | | |

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | Trabajo | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PESO | 73 | TALLA | 1.64 | IMC | 27.4 | CLASIFICACIÓN | sobrepeso | PERÍMETRO DE CINTURA | SI | CLASIFICACIÓN | riesgo |

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**
Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, exímo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

**6. FIRMAS**

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR(A) O FACILITADOR(A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS VAS, MONITOR(A) HEVS O PROMOTOR(A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Valentina | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1075287028 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCION Y REGISTRO DE USUARIOS | | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 22/03/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NUMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | betania | TIPO DE GRUPO | NO REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | betania | | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | betania | ESCENARIO | Polideportivo | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP) | 3188096548 | | | | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Maria Diliana Alarcon | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 26/07/1983 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | |
| NUMERO DE DOCUMENTO | 36.312.784 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombia | GRUPO ETNICO | ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | ninguno | CONDICIÓN | ninguno | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACION A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | NUEVA EPS |
| SITUACIÓN LABORAL | Labores del Hogar | NIVEL EDUCATIVO | Técnico | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | TELÉFONO CELULAR | 3188096548 | | |
| TELÉFONO FIJO | -0- | CORREO ELECTRÓNICO | -0- | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | betania | ZONA | rural | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | betania | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Patricia Alarcon | TELÉFONO CELULAR | 3165716118 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Periodico | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | 3 |
| | | | | | | | | | | | | 1 | 1 | | | | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FISICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | 60' |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60' | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | caminar al Grupo AF |
| 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | | | | | | | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | |
|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada |

### 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

| | |
|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 2 |

### 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 0 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 2 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | |
|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO |
| 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | | | | | | | | |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Bueno | | |

### 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | ninguno | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de [barrera manifestada en pregunta anterior]? | 10 |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4. MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | PESO | 53.8 | TALLA | 1.55 | IMC | 26.14 | CLASIFICACIÓN | Sobrepeso | PERÍMETRO DE CINTURA | 76 | CLASIFICACIÓN | normal |

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FILMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | Y | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FILMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro filmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | Y | |

## 6. FIRMAS

| FIRMA DEL USUARIO (A) | FIRMA GESTOR(A) O FACILITADOR(A) HEVS | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS o MONITOR(A) HEVS o PROMOTOR (A) HEVS |
|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO: Maria Diliana Alarcon | NOMBRE COMPLETO: | NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NUMERO DE DOCUMENTO: 36.312.784 | NUMERO DE DOCUMENTO: | NUMERO DE DOCUMENTO: 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| El deporte es de todos | PROCESO: | | Versión: 4 |
| | FORMATO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 22/02/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | betania | | | TIPO DE GRUPO | NO REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | betania |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | betania | ESCENARIO | Polideportivo | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP) | 3156453540 | | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Edna rocio Fiore Gongora | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 31/12/97 | | | TIPO DE DOCUMENTO | CC |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082216829 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | | | GRUPO ÉTNICO | ninguno |
| DISCAPACIDAD | ninguna | CONDICIÓN | ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | NUEVA EPS |
| SITUACIÓN LABORAL | Labes del Hogar | NIVEL EDUCATIVO | Tecnico | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | | TELÉFONO CELULAR | 3156453540 |
| TELÉFONO FIJO | -0- | CORREO ELECTRÓNICO | -0- | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | betania | | | ZONA | rural |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | betania | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Luz Dany 6 | TELÉFONO CELULAR | 3187091032 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Telefonico | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | 3 |
| | | | | | | | | | | 1 | | | 1 | | | | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 2 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60" | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | asistir al Grupo AF | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | |
|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada |

### 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

| | |
|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 2 |

### 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 0 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | No |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo dormió en promedio en la noche? | 8 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto? | NO |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Bueno | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | ninguna |

### 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

### 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

| PESO | 75.8 | TALLA | 1.68 | IMC | 28.14 | CLASIFICACIÓN | Sobrepeso | PERÍMETRO DE CINTURA | 75 | CLASIFICACIÓN | riesgo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

### 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

### 6. FIRMAS

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR(A) O FACILITADOR(A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR(A) HEVS, MONITOR(A) HEVS O PROMOTOR(A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Edna rocio Fiore | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082216829 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 04/04/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | betania | TIPO DE GRUPO | NO REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | betania | | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | betania | ESCENARIO | Polideportivo | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP) | 3154307128 | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Oldinoy collazos Tumoyo | SEXO | Hyo | FECHA DE NACIMIENTO | 21/05/91 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082215357 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | GRUPO ÉTNICO | ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | ninguno | CONDICIÓN | ninguno | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Sanitas |
| SITUACIÓN LABORAL | Trabajar | NIVEL EDUCATIVO | Profesional | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 1 | TELÉFONO CELULAR | 3154307128 | | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | hoyi@gmail.com | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | betania | ZONA | rural | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | betania | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Sergio Fiore | TELÉFONO CELULAR | 3104472421 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Perifonco | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | 31 | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | 1 | | | | | | | | 1 | 1 | | | | | | |

### 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60" | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | ajusta al Grupo 17 | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE / 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO / 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL / 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderado | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 1 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO | 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 8 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto? | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que puede empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Bueno |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MEDICIÓN ANTROPOMÉTRICA | PESO | 73 | TALLA | 164 | IMC | 27.14 | CLASIFICACIÓN | Sobrepeso | PERÍMETRO DE CINTURA | 81 | CLASIFICACIÓN | riesgo |

| | | |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo la toma de registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover y fortalecer las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de los intereses y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

| FIRMA DEL PARTICIPANTE | | FIRMA DEL ENTRENADOR | | FIRMA DEL APOYO A LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS ASOCIADOS A LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA Y/O DEPORTIVA | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Oldinoy Collazos | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NUMERO DE DOCUMENTO | 1082215357 | NUMERO DE DOCUMENTO | | NUMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
|---|---|---|
| El deporte es de todos | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 04/04/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | botanic | TIPO DE GRUPO | no REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | | | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | botanica | ESCENARIO | Polideportivo | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP) | 3106400103 | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Oliva ramirez Cordoba | SEXO | Mujer | FECHA DE NACIMIENTO | 24/06/87 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082214516 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | colombiana | GRUPO ÉTNICO | ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | ninguno | CONDICIÓN | ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | sanitas |
| SITUACIÓN LABORAL | Tareas del Hogar | NIVEL EDUCATIVO | Tecnico | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 1 | TELÉFONO CELULAR | 3106400103 | | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | botanica | ZONA | rural | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | botanica | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Sergio Torres | TELÉFONO CELULAR | 3106400103 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Portafonico | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 4 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | 1 | | | 1 | | | | | | | | | 1 | | | | | | |

**3.1. ACTIVIDAD FISICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | | 2. ¿Cuantos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | asista al Grupo AF | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada |
|---|---|

**3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO**

| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 3 |
|---|---|

**3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL**

| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |
|---|---|---|---|---|---|

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |
|---|---|---|---|

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 |
|---|---|

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto? | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Este tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | No |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| 7. ¿Tuvo diagnostico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cual enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diria que su estado de salud es | Excelente |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿que tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |
|---|---|---|---|---|---|

| MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 26 | TALLA | 1.15 | IMC | 1966 | CLASIFICACIÓN | normal | PERÍMETRO DE CINTURA | 90 | CLASIFICACIÓN | normal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO FOTOGRÁFICO**
(Marque con una equis (X) si o NO según lo considere en cada caso)

| | |
|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X |

**FIRMAS**

| Cc. Oliva Cordoba | | Oscar Ivan Trujillo Ocampo |
|---|---|---|
| FIRMA DEL USUARIO (si es menor de edad, firma el acudiente) | | FIRMA DEL ARTICULADOR HEVS, MONITOR O APOYO PROFESIONAL |
| NOMBRE COMPLETO: Carmen Oliva | NOMBRE COMPLETO: | NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO: 1082214516 | NÚMERO DE DOCUMENTO: | NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| El deporte es de todos | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 04/04/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | betania | TIPO DE GRUPO | no REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | | | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | betania | ESCENARIO | Polideportivo | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3153592356 | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Patricia andrade suarez | SEXO | Mujer | FECHA DE NACIMIENTO | 26/12/76 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 55165939 | PAÍS DE NACIMIENTO | colombia | NACIONALIDAD | colombiana | GRUPO ÉTNICO | ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | ninguno | CONDICIÓN | ninguno | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Comfamiliar |
| SITUACIÓN LABORAL | Tareas del Hogar | NIVEL EDUCATIVO | Tecnico | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 1 | TELÉFONO CELULAR | 3153592356 | | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | betania | ZONA | rural | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | betania | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | nestor amaya | TELÉFONO CELULAR | 3115640208 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Peritonca | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | | | | 1 | | | | | 1 | 1 | | | | | | |

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60" |
| 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | caminata al aire libre | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | | | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada |
|---|---|

**3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO**

| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 2 |
|---|---|

**3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL**

| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |
|---|---|---|---|---|---|

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |
|---|---|---|---|

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 |
|---|---|

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto? | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿He presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Dirías que su estado de salud es | Bueno |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |
|---|---|---|---|---|---|

| 8 MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 81 | TALLA | 1.65 | IMC | 29,75 | CLASIFICACIÓN | sobrepeso | PERÍMETRO DE CINTURA | 90 | CLASIFICACIÓN | normal 80,90 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, asiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FILMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de las necesidades, intereses y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Patricia Andrade Suarez | | Cristian Bonilla | | Oscar Ivan Trujillo Ocampo | |
| FIRMA PERSONA QUE RECIBE | | FIRMA CONTRATISTA | | FIRMA DEL ACUDIENTE O PERSONA AUTORIZADA | |
| NOMBRE COMPLETO | Patricia andrade suarez | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 55 165 939 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| | **PROCESO:** FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | **Versión:** 4 |
| | **FORMATO:** FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | **CÓDIGO:** FD-FR-054 |
| | | **Fecha:** 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 04/04/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARÁ | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | Betania | TIPO DE GRUPO | no REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | | | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | betania | ESCENARIO | Polideportivo | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 315 359 2356 | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Estefany Yulieth anaya | SEXO | Mujer | FECHA DE NACIMIENTO | 21/05/2002 | TIPO DE DOCUMENTO | TI | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1003951180 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | GRUPO ÉTNICO | ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | ninguna | CONDICIÓN | ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Sanitas |
| SITUACIÓN LABORAL | Estudiante | NIVEL EDUCATIVO | Primaria | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 1 | TELÉFONO CELULAR | 315 359 2356 | | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | betania | ZONA | rural | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | betania | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Patricia anchedo | TELÉFONO CELULAR | 3172800783 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Portafono | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 0 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE | | | | | | 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | | 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

| 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE | | 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO | | 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL | | | | 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | |

| 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO | | 3.6. MORBILIDAD REPORTADA | | | | | | | | 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | |
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los doe últimos meses? | | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cual enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4. VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA | PESO | 50 | TALLA | 1,30 | IMC | 29,40 | CLASIFICACIÓN | normal | PERÍMETRO DE CINTURA | 61 | CLASIFICACIÓN | normal | |

**CONSENTIMIENTO INFORMADO:** manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.

**AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS:** Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.

**AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO:** Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Estefany yulieth anaya | | | Oscar Ivan Trujillo Ocampo | | |
| NOMBRE COMPLETO | Estefany anaya | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NUMERO DE DOCUMENTO | 1003951180 | NUMERO DE DOCUMENTO | | NUMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 04/04/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | botanica | | | TIPO DE GRUPO | no REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | botanica | ESCENARIO | Polideportivo | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 315359 2356 | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Katerin anaya | | | SEXO | Mujer | FECHA DE NACIMIENTO | 21/05/2008 | TIPO DE DOCUMENTO | TI |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1075796008 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | | | GRUPO ÉTNICO | ninguno |
| DISCAPACIDAD | ninguna | CONDICIÓN | ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | sanitas |
| SITUACIÓN LABORAL | Estudiante | NIVEL EDUCATIVO | Primaria | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 1 | | | TELÉFONO CELULAR | 315 359 2356 |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | botanica | | | ZONA | rural |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | botanica | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Patrica anchecla | TELÉFONO CELULAR | 317280 0783 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Portono | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 0 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE | | | | | | 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o camino para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | | 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

| 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE | | 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO | | 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL | | | | | | 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | |

| 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO | | 3.6. MORBILIDAD REPORTADA | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto? | | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | |

| 3.6. MORBILIDAD REPORTADA | | | | | | 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | |

| # MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 73 | TALLA | 164 | IMC | 28.14 | CLASIFICACIÓN | normal | PERÍMETRO DE CINTURA | 56 | CLASIFICACIÓN | normal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de patrica anchecla Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | Y |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | Y |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de las necesidades, intereses y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | Y |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Katerin Anaya | | | | Oscar Ivan Trujillo Ocampo |
| | FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA RESPONSABLE DEL GRUPO | | FIRMA DEL PROFESIONAL HEVS |
| NOMBRE COMPLETO | Katerin Anaya | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1075796008 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | | Versión: 4 |
| El deporte es de todos | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 04/04/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | betania | | | TIPO DE GRUPO | no REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | betania | ESCENARIO | Polideportivo | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP) | 3212324987 | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Erica Gomez | | | SEXO | Mujer | FECHA DE NACIMIENTO | 26/01/75 | | TIPO DE DOCUMENTO | CC | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 55171817 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | | | GRUPO ÉTNICO | ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | ninguno | CONDICIÓN | ninguno | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Subsidiado | | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Sanitas | |
| SITUACIÓN LABORAL | Tareas del Hogar | NIVEL EDUCATIVO | Tecnico | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 1 | | | TELÉFONO CELULAR | 321 232 4987 | | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | betania | | | ZONA | rural | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | betania | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Carlos Gomez | TELÉFONO CELULAR | 3212324987 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Periodo | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 | |

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 0 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | asistir al Grupo AF | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

| 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE | | 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO | | 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL | | | | | | 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 2 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | no | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | no | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | no |

| 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO | | 3.6. MORBILIDAD REPORTADA | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 8 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | no | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | no | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | no | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | no | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | no | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | no |

| 3.6. MORBILIDAD REPORTADA | | | | | | | | 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | no | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | no | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Bien | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

| 4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS | - PESO- | 74 | TALLA | 1,71 | IMC | 25.31 | CLASIFICACIÓN | Sobrepeso | PERÍMETRO DE CINTURA | 71 | CLASIFICACIÓN | normal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE IMÁGENES Y MATERIAL AUDIOVISUAL**

Mayor de edad o menor de edad, autorizo (Marque con una X)

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, así mismo en mi calidad de acudiente de _____ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, el ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. X

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. X

AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FILMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro filmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y materiales audiovisual, acordes de las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. X

**FIRMAS**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Erika Gomez | | Cristal Echeverri | | Oscar Ivan Trujillo Ocampo | |
| NOMBRE COMPLETO | Erica Gomez | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 55171817 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 4/04/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | | NOMBRE DEL GRUPO | betania | | TIPO DE GRUPO | no REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | betania |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | betania | | ESCENARIO | Polideportivo | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3212324987 | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Shiloh Cordoba | | | SEXO | Mujer | FECHA DE NACIMIENTO | 10/06/2010 | TIPO DE DOCUMENTO | TI |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1077233558 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | | | GRUPO ÉTNICO | ninguno |
| DISCAPACIDAD | ninguno | CONDICIÓN | ninguno | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Subsidiado | NOMBRE DE LA EAPS/EPS | Sanitas |
| SITUACIÓN LABORAL | Estudiante | NIVEL EDUCATIVO | Primaria | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 1 | | | TELÉFONO CELULAR | 3212324987 |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Betania | | | ZONA | rural |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | betania | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Erica Gomez | TELÉFONO CELULAR | 3212324987 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Porfonos | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 58 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 0 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE | | | | | | 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | | 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

| 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE | | 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO | | 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL | | | | | | 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | |

| 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO | | 3.6. MORBILIDAD REPORTADA | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | |

| 3.6. MORBILIDAD REPORTADA | | | | | | | | 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | |

| A MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 73 | TALLA | 164 | IMC | 27.14 | CLASIFICACIÓN | sobrepeso | PERÍMETRO DE CINTURA | 74 | CLASIFICACIÓN | normal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de Erica Gomez. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X |

| | | |
|---|---|---|
| Erica Gomez | Cristian Bustamante | Oscar Ivan Trujillo |
| NOMBRE COMPLETO: Erica Gomez | NOMBRE COMPLETO: | NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO: 1077 | NÚMERO DE DOCUMENTO: | NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
|---|---|---|
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 04/04/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | botanica | TIPO DE GRUPO | no REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | | | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | botanica | ESCENARIO | Polideportivo | URL GRUPO AF (FANI PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 318 232 6461 | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Camila rico perdomo | SEXO | Mujer | FECHA DE NACIMIENTO | 15/08/96 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1080296518 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | colombiana | GRUPO ÉTNICO | ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | ninguno | CONDICIÓN | ninguno | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Comfamiliar |
| SITUACIÓN LABORAL | Trabaja | NIVEL EDUCATIVO | Tecnico | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 1 | | | TELÉFONO CELULAR | 318 232 6461 |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | botanica | | | ZONA | rural |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | botanica | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Maria Antonia Palomo | TELÉFONO CELULAR | 3154795317 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Peritonco | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 50 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | 3 |
| | | | | | | | | | | 1 | | | 1 | | | | | |

### 3.1. ACTIVIDAD FISICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | 2 |
|---|---|---|---|---|---|

### 3.2. ACTIVIDAD FISICA EN EL TIEMPO LIBRE

| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60 min | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | asistir al Grupo AF | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| 6. ¿A que intensidad realizo la actividad física? | moderada |
|---|---|

### 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 3 |
|---|---|

### 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 2 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 2 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |
|---|---|---|---|---|---|

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |
|---|---|---|---|

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 8 |
|---|---|

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Bueno |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

### 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | Trabajo | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |
|---|---|---|---|---|---|

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 73 | TALLA | 164 | IMC | 24.14 | CLASIFICACIÓN | Sobrepeso | PERÍMETRO DE CINTURA | 75 | CLASIFICACIÓN | normal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE IMÁGENES, VIDEOS Y/O FOTOGRAFÍAS
Marque con una equis (X) la respuesta del usuario

| | |
|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Camila Rico | | | Oscar Ivan Trujillo Ocampo | | |
| NOMBRE COMPLETO | Camila rico | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1080296518 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
|---|---|---|
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCION Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 04/04/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NUMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | betania | TIPO DE GRUPO | no REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | betania | | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | betania | ESCENARIO | Polideportivo | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP) | 3206400103 | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Romina Quesada Ramirez | SEXO | Mujer | FECHA DE NACIMIENTO | 19/01/2019 | TIPO DE DOCUMENTO | TI | | |
| NUMERO DE DOCUMENTO | 1082217387 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | GRUPO ÉTNICO | ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | ninguna | CONDICIÓN | ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Subsidiado | NOMBRE DE LA EAPS/EPS | Sanitas |
| SITUACIÓN LABORAL | Estudiante | NIVEL EDUCATIVO | Primaria | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | | TELÉFONO CELULAR | 3206400103 | | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | betania | ZONA | rural | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | betania | VIA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Carmen Oviedo | TELÉFONO CELULAR | 3206400103 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Periferico | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 0 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |

**3.1. ACTIVIDAD FISICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |
|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | | 2. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo duerme en promedio en la noche? | |

**3.2. ACTIVIDAD FISICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | | 2. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo duerme en promedio en la noche? | |

**3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO**

| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto? | | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | |

**3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL**

| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | |
|---|---|---|---|
| 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | |

**3.5. HABITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | | | |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| 4. MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | PESO | 40 | TALLA | 1,20 | IMC | 27,67 | CLASIFICACIÓN | Normal | PERÍMETRO DE CINTURA | 60 | CLASIFICACIÓN | normal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.

AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FILMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Carmen Oviedo | | | | Oscar Trujillo Ocampo | |
| FIRMA DEL USUARIO | | FIRMA ACUDIENTE | | FIRMA CONTRATISTA | |
| NOMBRE COMPLETO | Carmen Oviedo | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NUMERO DE DOCUMENTO | 1082217387 | NUMERO DE DOCUMENTO | | NUMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
|---|---|---|
| El Deporte es de todos | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 4/04/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | Betania | TIPO DE GRUPO | no REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | betania |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | betania | ESCENARIO | Polideportivo | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3174298989 | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Gabriela Montenegro Vargas | SEXO | Mujer | FECHA DE NACIMIENTO | 16/10/98 | TIPO DE DOCUMENTO | TI | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082217025 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | colombiana | GRUPO ÉTNICO | ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | ninguna | CONDICIÓN | ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Ecopsos |
| SITUACIÓN LABORAL | Estudiante | NIVEL EDUCATIVO | Primaria | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | | TELÉFONO CELULAR | 3174298989 |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | betania | | | ZONA | rural |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | betania | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Marco Montenegro | TELÉFONO CELULAR | 3506288854 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Portafonero | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | 3 |
| | | | | | | | 1 | | | | | 1 | 1 | | | | | |

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | Si | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60 min | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | adulto a/ Grupo Alt |
| 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | | | | | | | |

| 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE | | 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO | | 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL | | | | | 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 2 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO |

| 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO | | 3.6. MORBILIDAD REPORTADA | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO | 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto? | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO |

| 3.6. MORBILIDAD REPORTADA | | | | | | 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Bueno |

| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | Ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |
|---|---|---|---|---|---|

| 4. ANTROPOMETRÍA | PESO | 30 | TALLA | 1.30 | IMC | 17.75 | CLASIFICACIÓN | Delgadez severa | PERÍMETRO DE CINTURA | 40 | CLASIFICACIÓN | normal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acatando las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. X

**AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS**: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. X

**AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, teniendo en cuenta los intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. X

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FIRMA DEL USUARIO O ACUDIENTE | | FIRMA DEL CONTRATISTA | | FIRMA DEL CONTRATISTA | |
| NOMBRE COMPLETO | Odonelia montenegro | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082217025 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos Mindeporte | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 22-03-22 | DEPARTAMENTO | Huila | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | monitor Profesional | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | Oscar Juan Tejillo D |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1082215328 | NOMBRE DEL GRUPO | Betania | | | TIPO DE GRUPO | No regular | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | Betania |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | Betania | ESCENARIO | Polideportivo | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | | 3175952722 | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Kelly Johanna Fierro C. | SEXO | Femenino | FECHA DE NACIMIENTO | 31 Agost 1993 | TIPO DE DOCUMENTO | Cc. | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1075274423 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | GRUPO ÉTNICO | NINGUNA | | |
| DISCAPACIDAD | NINGUNA | CONDICIÓN | NINGUNA | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Contributivo | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Nueva Eps |
| SITUACIÓN LABORAL | Ama de casa | NIVEL EDUCATIVO | Bachiller | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | | TELÉFONO CELULAR | 3175952722 |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | KjohanaFC31@gmail.com | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Betania | | | ZONA | Rural |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | Inspensión | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Edwin Dussan | TELÉFONO CELULAR | 3167305891 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Perifoneos | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | Si | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 2022 |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | |
| | | | 3 | | | | | | | 1 | | 1 | | | | | | 5 |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 2 | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | 20M |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 2 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60M. | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | Actividad Física AF | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | MODERADA | 7. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 | 8. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | EXCELENTE |

### 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 3 | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | No | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | EXCELENTE | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | NINGUNA | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

### 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO | | |

### 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | NINGUNA | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

### 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

| PESO | 69.1 | TALLA | 1.55 | IMC | 28.72 | CLASIFICACIÓN | Sobrepeso | PERÍMETRO DE CINTURA | 94 | CLASIFICACIÓN | riesgo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | | |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

## 6. FIRMAS

| FIRMA DEL USUARIO (A) | FIRMA GESTOR(A) O FACILITADOR(A) HEVS | FIRMA DEL ARTICULADOR(A) LOCAL DEL PROGRAMA HEVS |
|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO: Kelly Johanna Fierro | NOMBRE COMPLETO: | NOMBRE COMPLETO: Oscar Juan Tejillo Campo |
| NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.075274423 | NÚMERO DE DOCUMENTO: | NÚMERO DE DOCUMENTO: 1082215328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos · Montenegro | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 22-03-22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | Oscar Juan Trujillo O |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1082225328 | NOMBRE DEL GRUPO | Betania | | | TIPO DE GRUPO | NO REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | betania |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | betania | ESCENARIO | Polideportivo | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | | 3183743348 | |

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Martha Azucena Diaz | SEXO | F | HUJER | FECHA DE NACIMIENTO | 30-07-81 | TIPO DE DOCUMENTO | C.C. | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 65708261 | PAÍS DE NACIMIENTO | COLOMBIA | NACIONALIDAD | colombiano | | GRUPO ÉTNICO | NINGUNA | |
| DISCAPACIDAD | NIANGUNA | CONDICIÓN | NINGUNA | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Sanitas |
| SITUACIÓN LABORAL | Ama de casa | NIVEL EDUCATIVO | Primaria | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 1 | | TELÉFONO CELULAR | 3183743348 | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | betania | | ZONA | RURAL | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | Inspección | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Daniel triana | TELÉFONO CELULAR | 3183743348 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | internet | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | Si | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 2022 |

**2. DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | X | | | | | | | | | X | X | | | | | | |

**3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON HIPERTENSIÓN O MAYORES DE 45 AÑOS)**

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | No | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | Si | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 2 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60, | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? Actividad Fisica Af | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | MODERADA | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 8 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO | | | | | | |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto? | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | | | | | | |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | NO | 10. Diría que su estado de salud es | | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | TRABAJO | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 9 | | | | | | |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 58.9 | TALLA | 1.53 | IMC | 26.40 | CLASIFICACIÓN | Sobrepeso | PERÍMETRO DE CINTURA | 120 | CLASIFICACIÓN | Mapo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**

(Marque con una equis (x) SI o NO, según corresponda su respuesta)

| | | |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo; el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

**6. FIRMAS**

| FIRMA DEL USUARIO (A) | FIRMA RESPONSABLE DEL GRUPO | FIRMA DEL ACUDIENTE (EN CASO DE SER MENOR DE EDAD) |
|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO: MARTHA AZUCENA DIAZ | NOMBRE COMPLETO: | NOMBRE COMPLETO: Oscar Juan Trujillo Ocampo |
| NÚMERO DE DOCUMENTO: 65708261 | NÚMERO DE DOCUMENTO: | NÚMERO DE DOCUMENTO: 1092215328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos · Mindeporte | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 22-03-22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | Monitor Profesional | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | Oscar Ivan Trujillo O |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1082215328 | NOMBRE DEL GRUPO | Betania | | | TIPO DE GRUPO | No regular | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | betania |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | betania | ESCENARIO | Polideportivo | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | | 3176626518 | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Maria Mercedes Umaña | SEXO | MUJER | FECHA DE NACIMIENTO | 08-09-96 | TIPO DE DOCUMENTO | C.C. | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | C.C. 1080290231 | PAÍS DE NACIMIENTO | COLOMBIA | NACIONALIDAD | COLOMBIANA | GRUPO ÉTNICO | ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | NINGUA | CONDICIÓN | NINGUNA | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Coosamiliar |
| SITUACIÓN LABORAL | tarea de casa | NIVEL EDUCATIVO | Bachiller | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | TELÉFONO CELULAR | 3176626518 | | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | betania | ZONA | Rural | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | inspeccion | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Rosalina Gaspar | TELÉFONO CELULAR | 3176626518 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | perifoneo | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | Si | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | 2 |
| | | | | | | | | | | | | 1 | 1 | | | | | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | Si | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 4 | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | 1 |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | Si | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 5 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 5 | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | Actividad Fisica AF | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | |
|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | MODERADA |

### 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

| | |
|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 4 |

### 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO | | |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 6 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | No |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | NO | 10. Diría que su estado de salud es | Excelente | | |

### 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | NINGUNA | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | |
| 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 | | |

### 4. MEDIDAS ANTROPOMETRICAS

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PESO | 68 | TALLA | 1.66 | IMC | 24.14 | CLASIFICACIÓN | Sobrepeso | PERÍMETRO DE CINTURA | 98 | CLASIFICACIÓN | EN RIESGO |

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (x) SI o NO, según corresponda el usuario

| | | |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

## 6. FIRMAS

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR DE LA ACTIVIDAD (EET) | | FIRMA DEL AUTORIZADO (EN CASO DE SER MENOR DE EDAD) | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Maria Mercedes Umaña | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | Oscar Ivan Trujillo Ocampo |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1080290231 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082215328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos Mindeporte | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 22/03/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | Oscar Ivan Trujillo O |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1082215328 | NOMBRE DEL GRUPO | Betania | | | TIPO DE GRUPO | NO REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | betania |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | betania | ESCENARIO | Polideportivo | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP) | 3186906666 | | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Dana Yilena Mejia Gonzalez | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 06/01/93 | TIPO DE DOCUMENTO | C.C. | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1075270479 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | GRUPO ÉTNICO | NINGUNO | | |
| DISCAPACIDAD | NINGUNA | CONDICIÓN | NINGUA | ORIENTACIÓN SEXUAL | hetero | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | sisben | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Sanitas |
| SITUACIÓN LABORAL | Ama de casa | NIVEL EDUCATIVO | tecnico | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | | TELÉFONO CELULAR | 3157350193 |
| TELÉFONO FIJO | | CORREO ELECTRÓNICO | y_ilena@h... | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Betania | | | ZONA | Rural |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | inspección | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Wilson H. Gomez | TELÉFONO CELULAR | 3157350193 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Perifoneos | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 2022 |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| X | X | | X | | | | | | | X | | X | | | | | | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 2 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60, | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | Actividad Fisica AI | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | MODERADA | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 2 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 2 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 2 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO / 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA / 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | EXCELENTE | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | NINGUNA | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 98 | TALLA | 1.55 | IMC | 3030 | CLASIFICACIÓN | obesidad I | PERÍMETRO DE CINTURA | 109 | CLASIFICACIÓN | riesgo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | |
|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X |

## 6. FIRMAS

| FIRMA DEL USUARIO (A) | FIRMA DE TUTOR(A) - PADRE/MADRE | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) MEDIANTE MONITOREO TELEFÓNICO |
|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO: Dana Yilena Mejia | NOMBRE COMPLETO: | NOMBRE COMPLETO: Oscar Ivan Trujillo Ocampo |
| NÚMERO DE DOCUMENTO: 1075270479 | NÚMERO DE DOCUMENTO: | NÚMERO DE DOCUMENTO: 1082215328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos Mindeporte | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL<br>FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | Versión: 4<br>CÓDIGO: FD-FR-054<br>Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 06/04/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | betania | | | TIPO DE GRUPO | no REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | betania | | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | betania | ESCENARIO | Polideportivo | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP) | 3132386364 | | | | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Sohny Obando amado | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 26/03/92 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1080185260 | PAÍS DE NACIMIENTO | colombia | NACIONALIDAD | colombiana | GRUPO ÉTNICO | ninguno | | | | |
| DISCAPACIDAD | ninguna | CONDICIÓN | ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Nueva EPS | | |
| SITUACIÓN LABORAL | Tareas del Hogar | NIVEL EDUCATIVO | Tecnico | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | TELÉFONO CELULAR | 3132386364 | | | | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | betania | ZONA | rural | | | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | betania | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Kaly johana | TELÉFONO CELULAR | 3186063889 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Perifonico | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 | | |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 2 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | | | | 1 | | | 1 | | | | | | | | | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 2 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60' | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | asistir al grupo AF |
| 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | | | | | | | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderado | 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO<br>1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 2 | 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL<br>1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 0 |
| 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO<br>1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO | | |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO |
| 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | | | | | | |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Bueno | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | ninguna |
| 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 | | | | | | |

### 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

| PESO | 68 | TALLA | 1.67 | IMC | | CLASIFICACIÓN | | PERÍMETRO DE CINTURA | 96 | CLASIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

## 6. FIRMAS

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR(A) o FACILITADOR(A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS/VAS, MONITOR(A) HEVS o PROMOTOR(A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Sohny oviedo | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1080185260 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
|---|---|---|
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 22/03/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | monitor Profesional | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | Oscar Juan Trujillo O |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1082215328 | NOMBRE DEL GRUPO | Betania | | | TIPO DE GRUPO | NO REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | Betania |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | Betania | ESCENARIO | Polideportivo | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | | 318-2608172 | |

## 1. DATOS DEL PARTICIPANTE

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Bibiana Rivera Montenegro | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 15/12/1984 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26.430.802 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | colombiana | GRUPO ÉTNICO | Ninguna | | |
| DISCAPACIDAD | Ninguna | CONDICIÓN | Ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | famisanar |
| SITUACIÓN LABORAL | Tareas de la Casa | NIVEL EDUCATIVO | Universidad | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | TELÉFONO CELULAR | 318-2608172 | | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | bibi-215@hotmail.com | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Betania | ZONA | RURAL | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | Betania | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Jaime Rivera | TELÉFONO CELULAR | 313-4365498 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Periodico | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | Si | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 2022 |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | | | | | | | | | 1 | 1 | | | | | | |

## 3. ACTIVIDAD FÍSICA PERSONAS DE 5 AÑOS O MÁS Y PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE 3 AÑOS O MÁS

### 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | Si | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 2 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60m | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | asistir al Grupo A.F | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | MODERADA | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 3 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Excelente | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | Ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | |

### 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 61.5 | TALLA | 1.56 | IMC | 26.10 | CLASIFICACIÓN | normal | PERÍMETRO DE CINTURA | 83 | CLASIFICACIÓN | Riesgo |

3. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE IMÁGENES (PLEASE SELECT ONE OPTION)
Marque una opción por SI o NO, según corresponda del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

| | | |
|---|---|---|
| Bibiana Rivera | | Oscar Juan Trujillo Ocampo |
| **PARA USO DEL USUARIO** | **PARA USO DEL CONTRATISTA** | |
| NOMBRE COMPLETO: Bibiana Rivera M | NOMBRE COMPLETO: | NOMBRE COMPLETO: Oscar Juan Trujillo Ocampo |
| NÚMERO DE DOCUMENTO: 26.430.802 | NÚMERO DE DOCUMENTO: | NÚMERO DE DOCUMENTO: 1082215328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos · Mindeporte | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL<br>FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | Versión: 4<br>CÓDIGO: FD-FR-054<br>Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 22-03-22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | Oscar Ivan Trujillo D |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1082215328 | NOMBRE DEL GRUPO | Betania. | | | TIPO DE GRUPO | NO REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | Betania |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | Betania | ESCENARIO | Polideportivo | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3175039629. | | |

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Erika Alejandra Gasca R. | SEXO | MUJER | FECHA DE NACIMIENTO | 24-02-91 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1075251730 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia. | NACIONALIDAD | Colombiana | GRUPO ÉTNICO | NINGUNA | | |
| DISCAPACIDAD | NINGUNA | CONDICIÓN | NINGUNA | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Sanitas. |
| SITUACIÓN LABORAL | Ama de Casa | NIVEL EDUCATIVO | Bachiller. | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 1 | TELÉFONO CELULAR | 3175039629. | | |
| TELÉFONO FIJO | — | CORREO ELECTRÓNICO | gascaerandra2491@gmail.com | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Cra 3 - 4 - 50 Centro | ZONA | Rural. | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | inspección. | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Miguel A. Rojas | TELÉFONO CELULAR | 3177805277 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Periodos | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | Si | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 2022. |

2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | 5 |
| | | | 1 | | | | 1 | | 1 | | | 1 | 1 | | | | | |

3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

| 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE | | | | | 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | Si | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 4 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60m | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | Actividad Física A, F |

| 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE | | 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO | | 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL | | | | | | 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | | 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | MODERADA | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 3 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO |

| 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO | | 3.6. MORBILIDAD REPORTADA | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO | 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO |
| 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | | | | | | | | | | | | |

| 3.6. MORBILIDAD REPORTADA | | | | | | | | | | 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | EXCELENTE | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | NINGUNA | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 59.4 | TALLA | 1.51 | IMC | 26.14 | CLASIFICACIÓN | Sobrepeso | PERÍMETRO DE CINTURA | 86 | CLASIFICACIÓN | NO SP O |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (X) SI o NO según la respuesta del usuario

| | |
|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, exímo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | f |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X |

6. FIRMAS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Erika Alejandra Gasca Rojas | | Oscar Ivan Trujillo Ocampo | |
| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA DEL CONTRATISTA | |
| NOMBRE COMPLETO | Erika Alejandra Gasca. | NOMBRE COMPLETO | Oscar Ivan Trujillo Ocampo |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1075251730. | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082215328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos Mindeporte | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL<br>FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | Versión: 4<br>CÓDIGO: FD-FR-054<br>Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 22-03-2022 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | monitor profesional | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | Oscar Juan Trujillo O |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1082215328 | NOMBRE DEL GRUPO | Betonia | | | TIPO DE GRUPO | no regular | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | Betania |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | Betania | ESCENARIO | Polideportivo | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | | 3107546429 | |

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Leidy Bermudez C | SEXO | F. | FECHA DE NACIMIENTO | 05-03-1992 | TIPO DE DOCUMENTO | Cedula | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1075262700 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | GRUPO ÉTNICO | Ninguna | | |
| DISCAPACIDAD | Ninguna | CONDICIÓN | | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Sanitas |
| SITUACIÓN LABORAL | Ama de casa | NIVEL EDUCATIVO | Tecnica | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | TELÉFONO CELULAR | 3107546429 | | |
| TELÉFONO FIJO | 3107546429 | CORREO ELECTRÓNICO | - | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Betania | ZONA | Rural | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | Betania | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Jose luis Cuenca | TELÉFONO CELULAR | 3107546429 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Periodico | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | Si | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 2022 |

**2. DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| 1 | | | | | | | 1 | | | | | | 1 | | | | | | |

**3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)**

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60 | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | asistir al grupo AF | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál actividad física practica en el tiempo libre? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | |
|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada |

**3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 6 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 |

**3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO | | |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | | |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | BUENO | | |

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | NINGUNA | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 76.0 | TALLA | 1.57 | IMC | 92 | CLASIFICACIÓN | Sobrepeso | PERÍMETRO DE CINTURA | 90 | CLASIFICACIÓN | normal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**
Marque con X si el usuario SI ó NO, según respuesta del usuario

| | |
|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X |

**FIRMAS**

| FIRMA DEL USUARIO(A) | | FIRMA DEL CONTRATISTA | | FIRMA DEL MONITOR(A) | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Leidy Bermudez | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | Oscar Juan Trujillo Olarte |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1075262700 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082215328 |

Scanned by TapScanner

El deporte es de todos | Mindeporte

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS

Versión: 4 | CÓDIGO: FD-FR-054 | Fecha: 19/07/2021

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 22/03/22 | DEPARTAMENTO | Huila | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | Oscar Juan Trujillo C |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1082215328 | NOMBRE DEL GRUPO | betania | | | TIPO DE GRUPO | NO REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | betania |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | betania | ESCENARIO | Polideportivo | | | URL GRUPO AF (FANI PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | | 3173850335 | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Luisa Fernanda Gaspar M | SEXO | Femenino | FECHA DE NACIMIENTO | 22-08-1987 | TIPO DE DOCUMENTO | Cedula | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.214.450 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | GRUPO ÉTNICO | NINGUNA | | |
| DISCAPACIDAD | NINGUNA | CONDICIÓN | NINGUNA | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Contributivo | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Famisana |
| SITUACIÓN LABORAL | TAREAS DEL HOGAR | NIVEL EDUCATIVO | Profesional | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | TELÉFONO CELULAR | 3173850335 | | |
| TELÉFONO FIJO | — | CORREO ELECTRÓNICO | luisa2222@hotmail.com | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | betania | ZONA | RURAL | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | INSPECCIÓN | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Nana del Carmen | TELÉFONO CELULAR | 3173850335 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | TELEFONO | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 4 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | | | | 1 | | | | | | | | | 1 | | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 4 | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | 60 |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 2 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 2 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 Horas | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | SI | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Bueno | | | | |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | | | | | | | | | | |

### 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 9 | | | | |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 72 | TALLA | 1.60 | IMC | 24.03 | CLASIFICACIÓN | Sobrepeso | PERÍMETRO DE CINTURA | 93 | CLASIFICACIÓN | NORMAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | | |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

## 6. FIRMAS

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR (A) DEL ENTE DEPORTIVO | | FIRMA DEL ANFITRIÓN (A) DEL PUNTO FIJO | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Luisa Fernanda Gaspar M | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | Oscar Juan Trujillo Campo |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082214450 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082215328 |

Scanned by TapScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| El deporte es de todos Mindeporte | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL<br>FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | Versión: 4<br>CÓDIGO: FD-FR-054<br>Fecha: 19/07/2021 | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 22/03/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | betania | | | TIPO DE GRUPO | NO REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | betania |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | betania | ESCENARIO | Polideportivo | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3165776 46 | | |

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Nohora Saavedra M | | | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 13/03/67 | TIPO DE DOCUMENTO | CC |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 55189634 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | | | GRUPO ÉTNICO | Ninguno |
| DISCAPACIDAD | ninguno | CONDICIÓN | Ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | |
| SITUACIÓN LABORAL | Tareas del Hogar | NIVEL EDUCATIVO | Tecnico | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | | TELÉFONO CELULAR | 3165777646 |
| TELÉFONO FIJO | -0- | CORREO ELECTRÓNICO | -0- | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | betania | | | ZONA | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | betania | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Moises Pinzon | TELÉFONO CELULAR | 3165777646 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Portafolio | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

**2. DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | 2 |
| | | | | | | | | | | | | 1 | 1 | | | | | | |

**3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)**

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | No | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 2 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60 " | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | caminar el grupo | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 4 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 0 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA** | **3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Bueno | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | Ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 69.1 | TALLA | 1.55 | IMC | 28.74 | CLASIFICACIÓN | Sobrepeso | PERÍMETRO DE CINTURA | 89 | CLASIFICACIÓN | Riesgo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**
Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS:** Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO:** Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

**6. FIRMAS**

| Nohora Saavedra M | | Oscar Ivan Trujillo Ocampo |
|---|---|---|
| FIRMA DEL USUARIO (A) | FIRMA GESTOR(A) Y/O CONTRATISTA(O) HEVS | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS VAS, MONITOR(A) HEVS o PROMOTOR(A) HEVS |
| NOMBRE COMPLETO: nohora saavedra | NOMBRE COMPLETO: | NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO: 55189634 | NÚMERO DE DOCUMENTO: | NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos · Mindeporte | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 22/03/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | | NOMBRE DEL GRUPO | botanica | | TIPO DE GRUPO | NO REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | botanica |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | botanica | | ESCENARIO | Polideportivo | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3165706178 | | |

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Ana Patricia Carvajal | | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 07/07/77 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26498612 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | colombiana | | GRUPO ÉTNICO | ninguno | |
| DISCAPACIDAD | ninguno | CONDICIÓN | ninguno | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Contributivo | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Nueva EPS |
| SITUACIÓN LABORAL | Labores del Hogar | NIVEL EDUCATIVO | Primaria | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | TELÉFONO CELULAR | 3165716178 | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | botanica | | ZONA | rural | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | botanica | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Diciana | TELÉFONO CELULAR | 3188096548 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Periódico | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | 51 | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

**2. DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | 3 |
| | | | | | | | | | 1 | | | 1 | | | | | | |

**3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)**

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 2 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60' | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | asiste al grupo AF | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 2 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 0 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta [o hipertensión arterial]? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO** / **3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA** / **3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | BUENO | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | ninguno | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 72.1 | TALLA | 159 | IMC | 28.40 | CLASIFICACIÓN | normal | PERÍMETRO DE CINTURA | 87 | CLASIFICACIÓN | riesgo |

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**
Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario/a

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

**6. FIRMAS**

| FIRMA DEL USUARIO (A) | FIRMA DEL PROFESIONAL HEVS | FIRMA DEL MONITOR(A) HEVS O PROMOTOR(A) HEVS |
|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO: Ana Patricia Carvajal | NOMBRE COMPLETO: | NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO: 26 498 612 | NÚMERO DE DOCUMENTO: | NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos · Mindeporte | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 22/03/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | betania | | | TIPO DE GRUPO | no REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | betania | | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | betania | ESCENARIO | Polideportivo | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 317 6993455 | | | | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Loydi martinez Arcos | | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 20/09/86 | | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082214601 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | | | GRUPO ÉTNICO | ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | ninguno | CONDICIÓN | ninguno | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Contributivo | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Nueva EPS | | |
| SITUACIÓN LABORAL | Tareas del Hogar | NIVEL EDUCATIVO | Secundaria | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | | TELÉFONO CELULAR | 3176993455 | | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | betania | | | ZONA | rural | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | betania | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Mauricio Lasso | TELÉFONO CELULAR | 3156771691 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Periferico | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 | | |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | 5 |
| | 1 | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | | | | | | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 2 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60' | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | asisti al grupo AF | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 2 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Bueno | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | | |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA — 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 61.2 | TALLA | 155 | IMC | 25.72 | CLASIFICACIÓN | normal | PERÍMETRO DE CINTURA | 77 | CLASIFICACIÓN |

| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 | | normal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario.

| | SI | NO |
|---|---|---|
| **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, exímo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | Y | |
| **AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS:** Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | Y | |
| **AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO:** Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | Y | |

## 6. FIRMAS

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR (a) o FACILITADOR (A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS VAS, MONITOR(A) HEVS o PROMOTOR(A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082214601 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos Montería | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 22/03/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | betania | TIPO DE GRUPO | nO REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | betania | | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | betania | ESCENARIO | Polideportivo | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 317 245 6971 | | | | |

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Carolina Bermeo C. | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 21/09/91 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1080293758 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | GRUPO ÉTNICO | ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | Ninguna | CONDICIÓN | Ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Subsidiado | NOMBRE DE LA EAPS/EPS | Asmetsalud |
| SITUACIÓN LABORAL | Tareas del Hogar | NIVEL EDUCATIVO | Técnico | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | TELÉFONO CELULAR | 317 245 6971 | | |
| TELÉFONO FIJO | — | CORREO ELECTRÓNICO | — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | betania | ZONA | rural | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | betania | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Yiyo Coronado | TELÉFONO CELULAR | 3143720029 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Radio | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

**2. DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 4 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | | | | | | | | |

**3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)**

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | No | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 2 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60" | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | caminar al grupo AF |
| 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | | | | | | | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | |
|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada |

**3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO**

| | |
|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 4 |

**3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | |
|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?, | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO |
| 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | |
| 10. Diría que su estado de salud es | Excelente | | | | |

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | Ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | |
| 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 | | |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 68.6 | TALLA | 1.61 | IMC | 28.12 | CLASIFICACIÓN | Sobrepeso | PERÍMETRO DE CINTURA | 86 | CLASIFICACIÓN | Normal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**
Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

**6. FIRMAS**

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR(A) o FACILITADOR(A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS VAS, MONITOR(A) HEVS o PROMOTOR(A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Carolina Bermeo C | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1080293758 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| El deporte es de todos Mindeporte | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 21/03/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | botania | | | TIPO DE GRUPO | no REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | botania |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | botania | ESCENARIO | Polideportivo | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP) | 3165349347 | | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | ligia rios Cordoba | | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 31/05/82 | | TIPO DE DOCUMENTO | CC |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26538148 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | | | GRUPO ÉTNICO | ninguno |
| DISCAPACIDAD | ninguno | CONDICIÓN | ninguno | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Contributivo | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | ComFamilia |
| SITUACIÓN LABORAL | Tareas del Hogar | NIVEL EDUCATIVO | Primaria | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | | TELÉFONO CELULAR | 3165349347 |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | botania | | | ZONA | rural |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | botania | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Fabian anchedo | TELÉFONO CELULAR | 3183864150 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Ninguno | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | 2 |
| | | | | | | | | | | | | 1 | 1 | | | | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 2 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60" | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | asiste al grupo AF | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | |
|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada |

### 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

| | |
|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 2 |

### 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 2 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | No | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | |
|---|---|---|---|
| 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | |
| 10. Diría que su estado de salud es | Excelente | | | | |

### 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | |
| 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 | | |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PESO | 73 | TALLA | 157 | IMC | 26/14 | CLASIFICACIÓN | normal | PERÍMETRO DE CINTURA | 106 | CLASIFICACIÓN | riesgo |

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

## 6. FIRMAS

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR (A) o FACILITADOR (A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS, VAS, MONITOR(A) HEVS o PROMOTOR(A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| El deporte es de todos Mindeporte | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 04/04/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | betania | | | TIPO DE GRUPO | no REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | betania | | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | betania | ESCENARIO | Polideportivo | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3176371708 | | | | |

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Ma Fernanda | Andarde | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 28/01/69 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 55 188 557 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | | GRUPO ÉTNICO | ninguno | | | |
| DISCAPACIDAD | ninguna | CONDICIÓN | ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Sanitas | | |
| SITUACIÓN LABORAL | Tareas del Hogar | NIVEL EDUCATIVO | Secundaria | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 1 | | TELÉFONO CELULAR | 317 637 1708 | | | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | betania | | ZONA | rural | | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | betania | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Ismael Puentes | TELÉFONO CELULAR | 3176371703 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Radio Tono | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 2L | | |

**2. DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 2 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | | | | | | | | | | 1 | | 1 | | | | |

**3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)**

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |
|---|---|---|---|---|---|
| **3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE** | | | | | |
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 2 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60' |
| 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | caminata al aire libre | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | | | |

| 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE | | 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO | | 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL | | | | | 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 2 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |

| 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO | | 3.6. MORBILIDAD REPORTADA | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |
| **3.6. MORBILIDAD REPORTADA** | | | | | | | | **3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES** | | | | |
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | NO | 10. Diría que su estado de salud es | Bueno | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | Ninguno | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 60 | TALLA | 1.55 | IMC | | CLASIFICACIÓN | | PERIMETRO DE CINTURA | 79 | CLASIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**
Marque con una equis (X) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS:** Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO:** Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

**6. FIRMAS**

| Ma Fernanda Andarde | | Oscar Iván Trujillo Ocampo |
|---|---|---|
| FIRMA DEL USUARIO (A) | FIRMA DE LA(O) PROFESIONAL HEVS | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS/ VAS, MONITOR(A) HEVS o PROMOTOR(A) HEVS |
| NOMBRE COMPLETO | NOMBRE COMPLETO | NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO: 55188557 | NÚMERO DE DOCUMENTO | NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos Mindeporte | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 22/03/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | betania | TIPO DE GRUPO | NO REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | betania | | | | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | betania | ESCENARIO | Polideportivo | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP) | 3167009534 | | | | | | |

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Carmen Luz Valderrama | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 4/03/66 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 55150495 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | GRUPO ÉTNICO | Ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | ninguno | CONDICIÓN | ninguno | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Comfamiliar |
| SITUACIÓN LABORAL | Labores del Hogar | NIVEL EDUCATIVO | Tecnico | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 1 | TELÉFONO CELULAR | 3167009534 | | |
| TELÉFONO FIJO | — | CORREO ELECTRÓNICO | — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | betania | ZONA | rural | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | betania | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | alipio montenegro | TELÉFONO CELULAR | 3167009534 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Pontonero | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

**2. DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 2 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | |

**3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)**

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 2 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60" | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | asiste al Grupo AF | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 1 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO | 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | NO | | |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | No | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Bueno | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | |

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| | |
|---|---|
| 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 8 |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | PESO | 60 | TALLA | 1.66 | IMC | | CLASIFICACIÓN | | PERÍMETRO DE CINTURA | 81 | CLASIFICACIÓN |

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**
Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS:** Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO:** Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

**6. FIRMAS**

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR(A) o FACILITADOR(A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS VAS, MONITOR(A) HEVS o PROMOTOR(A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 55150495 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| El deporte es de todos · Mindeporte | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 03/04/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | Botania | TIPO DE GRUPO | NO REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | Botania | | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | Botania | ESCENARIO | Polideportivo | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3172456971 | | | | |

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Karoll nicole Coronado | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 18/03/2009 | TIPO DE DOCUMENTO | TI | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1029883799 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | GRUPO ÉTNICO | Ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | Ninguna | CONDICIÓN | Ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Sanitas |
| SITUACIÓN LABORAL | Estudiante | NIVEL EDUCATIVO | Primaria | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | TELÉFONO CELULAR | 3172456971 | | |
| TELÉFONO FIJO | — | CORREO ELECTRÓNICO | — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Botana | ZONA | rural | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | Botana | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | Carolina Bermeo | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | 3172456971 | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Carolina Bermeo | TELÉFONO CELULAR | 3172456971 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Portafono | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

**2. DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 0 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)**

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | | | |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | PESO | 40 | TALLA | 1.20 | IMC | | CLASIFICACIÓN | | PERÍMETRO DE CINTURA | 60 | CLASIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**
Marque con una equis (X) SI o NO, según respuesta del Usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de Carolina Bermeo. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, exímo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

**6. FIRMAS**

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR(A) o FACILITADOR (A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS VAS, MONITOR(A) HEVS o PROMOTOR(A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Carolina Bermeo | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1090293758 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos Mindeporte | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | | NOMBRE DEL GRUPO | betania | | TIPO DE GRUPO | no REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | betania |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | Betania | | ESCENARIO | Polideportivo | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3175039629 | | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Maria Gisella Rojas Gasca | | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 5/08/2009 | | TIPO DE DOCUMENTO | TI |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1077232009 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | | GRUPO ÉTNICO | Ninguno | |
| DISCAPACIDAD | ninguno | CONDICIÓN | ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Ecoopsos |
| SITUACIÓN LABORAL | Estudiante | NIVEL EDUCATIVO | Primaria | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | | TELÉFONO CELULAR | 3175039629 |
| TELÉFONO FIJO | — | CORREO ELECTRÓNICO | — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | betania | | | ZONA | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | betania | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | Erika Gasca | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | 3175039629 |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Erika Gasca | TELÉFONO CELULAR | 3175039629 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Ninguno | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 21 |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 0 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | |

### 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO — 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL — 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | | 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | | | | | |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA — 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | | 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | |

### 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | | | |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 36 | TALLA | 1.01 | IMC | | CLASIFICACIÓN | | PERÍMETRO DE CINTURA | 71 | CLASIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de Erika Gasca. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

## 6. FIRMAS

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA DE TUTOR(A) O FACILITADOR(A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS, MONITOR(A) HEVS o PROMOTOR(A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1077251730 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos Mindeporte | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 03/04/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | | NOMBRE DEL GRUPO | botanic | | TIPO DE GRUPO | no REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | botana |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | botana | | ESCENARIO | Polideportivo | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 317503 7629 | | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Juan jose Garcia Garcia | | SEXO | M | FECHA DE NACIMIENTO | 11/06/2006 | TIPO DE DOCUMENTO | TI | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1075793252 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | | GRUPO ÉTNICO | Ninguno | |
| DISCAPACIDAD | Ninguno | CONDICIÓN | ninguno | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Coosalos |
| SITUACIÓN LABORAL | Estudiante | NIVEL EDUCATIVO | Secundaria | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | TELÉFONO CELULAR | 317 5039629 | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Botana | | ZONA | Rural | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | Botana | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | 3175039629 | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Erika Garcia | TELÉFONO CELULAR | 3175037629 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 0 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | | 7. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | | 8. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | | 9. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | |

### 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | | 11. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | | 12. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | | | |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 13. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | | 14. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | | 15. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?, | | 16. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 17. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | | 18. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | | 19. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | | | |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 20. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | | 21. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | | 22. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 23. Diría que su estado de salud es | |

### 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 24. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | | 25. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 26. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 51 | TALLA | 1.60 | IMC | | CLASIFICACIÓN | | PERÍMETRO DE CINTURA | 56 | CLASIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FILMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, así mismo en mi calidad de acudiente de Erika Garcia. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

## 6. FIRMAS

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR(A) / FACILITADOR(A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS VAS, MONITOR(A) HEVS o PROMOTOR(A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1075251730 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos Huilapolitano | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL<br>FORMATO: FICHA DE INSCRIPCION Y REGISTRO DE USUARIOS | Versión: 4<br>CÓDIGO: FD-FR-054<br>Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 04/04/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | | NOMBRE DEL GRUPO | betania | | TIPO DE GRUPO | NO REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | betania |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | betania | | ESCENARIO | Polideportivo | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP) | 3175351495 | | |

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Maria Paula Cuellar | | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 19/07/98 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082217017 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | colombiana | | GRUPO ÉTNICO | ninguno | |
| DISCAPACIDAD | Ninguno | CONDICIÓN | ninguno | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPS/EPS | Nueva EPS |
| SITUACIÓN LABORAL | Estudia | NIVEL EDUCATIVO | Bachillerato | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 1 | | TELÉFONO CELULAR | 317 535 1495 | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | betania | | ZONA | rural | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | betania | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Osney Viloria | TELÉFONO CELULAR | 3186349426 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Portatil | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

**2. DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | 3 |
| | | | | | | | | | | 1 | | | 1 | | | | | | |

**3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)**

**3.1. ACTIVIDAD FISICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

**3.2. ACTIVIDAD FISICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 2 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60' | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | caminata al parque |
| 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | | | | | | | |

**3.2. ACTIVIDAD FISICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | |
|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada |

**3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO**

| | |
|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 2 |

**3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 0 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | |
|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO |
| 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | |
| 10. Diria que su estado de salud es | BUENO | | | | |

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | PESO | 81 | TALLA | 1.76 | IMC | | CLASIFICACIÓN | | PERÍMETRO DE CINTURA | 95 | CLASIFICACIÓN | NORMAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FILMICO Y/O FOTOGRÁFICO<br>Marque con una equis (x) "SI o NO, según respuesta del usuario | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

**6. FIRMAS**

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR (A) o FACILITADOR (A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS VAS, MONITOR(A) HEVS o PROMOTOR(A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082217017 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| El deporte es de todos Mindeporte | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | | | | | | | Versión: 4 | |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | | | | | | | CÓDIGO: FD-FR-054 | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 03/03/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | betania | TIPO DE GRUPO | no REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | betania | | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | betania | ESCENARIO | Polideportivo | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP) | 318 767 7177 | | | | |

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Angela Patricia Mallungo | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 5/02/93 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26512542 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | GRUPO ÉTNICO | ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | ninguno | CONDICIÓN | ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Nueva EPS |
| SITUACIÓN LABORAL | — b — | NIVEL EDUCATIVO | Secundaria | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 1 | TELÉFONO CELULAR | 318 767 7177 | | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Betania | ZONA | rural | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | betania | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | leonardo Bonpo | TELÉFONO CELULAR | 318 233 2835 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Ninguno | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | no | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

**2. DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | 2 |
| | | | | | | | | | | | | 1 | 1 | | | | | | |

**3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)**

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | | 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 2 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60' | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | asist. al GYP PF | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE** | **3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO** | **3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL** | **3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 4 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO** | **3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto? | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA** | **3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Bueno | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 66 | TALLA | 1.58 | IMC | | CLASIFICACIÓN | | PERÍMETRO DE CINTURA | SI | CLASIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**
Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS:** Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO:** Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

**6. FIRMAS**

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR(A) o FACILITADOR(A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS VAS, MONITOR(A) HEVS o PROMOTOR(A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Angela Patricia Mallungo | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26512542 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCION Y REGISTRO DE USUARIOS | | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 04/04/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | botanica | | | TIPO DE GRUPO | no REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | botanica |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | botanica | ESCENARIO | Polideportivo | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP) | 3182608172 | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Maria Guadalupe Vargas | | SEXO | Mujer | FECHA DE NACIMIENTO | 12/04/2011 | TIPO DE DOCUMENTO | TI | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1075800416 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | GRUPO ÉTNICO | | Ninguno | |
| DISCAPACIDAD | Ninguna | CONDICIÓN | Ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Sanitas |
| SITUACIÓN LABORAL | Estudiante | NIVEL EDUCATIVO | Primaria | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 1 | TELÉFONO CELULAR | | 318 260 8172 | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | botanica | ZONA | | rural | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | botanica | VIA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | bibiana Vargas | TELÉFONO CELULAR | 3182608172 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Pantanco | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 4 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | 1 | | 1 | | | | | | 1 | 1 | | | | | | |

| 3.1. ACTIVIDAD FISICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE | | | | | | 3.2. ACTIVIDAD FISICA EN EL TIEMPO LIBRE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | | 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |
| 3.2. ACTIVIDAD FISICA EN EL TIEMPO LIBRE | | 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO | | 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL | | | | | | 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO | | | | | |
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | |
| 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO | | 3.6. MORBILIDAD REPORTADA | | | | | | | | | | | | | |
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto? | | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | |
| 3.6. MORBILIDAD REPORTADA | | | | | | | | 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES | | | | | | | |
| 7. ¿Tuvo diagnostico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cual enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | |

| * MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS * | PESO | 40 | TALLA | 1,36 | IMC | 21,63 | CLASIFICACIÓN | Normal | PERÍMETRO DE CINTURA | 45 | CLASIFICACIÓN | Normal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

* CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FILMICO Y/O FOTOGRAFICO

| | |
|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de bibiana Vargas. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FILMICO Y/O FOTOGRAFICO: Autorizo a tomar registro filmico y/o fotografico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, los necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X |

| FIRMA DEL USUARIO | | FIRMA ACUDIENTE | | FIRMA CONTRATISTA | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Maria Guadalupe Vargas | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1075800416 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| El deporte es de todos | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 04/04/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | Betania | TIPO DE GRUPO | no REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | Betania | | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | betania | ESCENARIO | Polideportivo | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3163509697 | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Liliana rico Pardomo | | SEXO | Mujer | FECHA DE NACIMIENTO | 15/08/96 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1080296519 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | | GRUPO ÉTNICO | ninguno | |
| DISCAPACIDAD | ninguno | CONDICIÓN | ninguno | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | sanitas |
| SITUACIÓN LABORAL | Trabajar | NIVEL EDUCATIVO | Técnico | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 1 | | TELÉFONO CELULAR | 317 350 9697 | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Betania | | ZONA | rural | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | betania | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Maria Antonia Pardomo | TELÉFONO CELULAR | 315 479 5317 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Perifonos | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | 6 |
| | | | | | | | | | | 2 | | 1 | 3 | | | | | | |

| 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE | | | | | | 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | | 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60H | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | asistir al Grpo AF | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? |

| 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE | | 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO | | 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL | | | | | 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 2 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |
| 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO | | 3.6. MORBILIDAD REPORTADA | | | | | | | | | | |
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |
| 3.6. MORBILIDAD REPORTADA | | | | | | | | 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES | | | | |
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | bueno | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | ninguno | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 73 | TALLA | 164 | IMC | 27.14 | CLASIFICACIÓN | Sobrepeso | PERÍMETRO DE CINTURA | 70 | CLASIFICACIÓN | normal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

5. CLASIFICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE USO DE IMÁGENES Y AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (Mayores de 18 años, según pregunta del modulo 3.1)

| | |
|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas | X |

6. FIRMAS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Liliana Rico | | Oscar Trujillo Ocampo | |
| NOMBRE COMPLETO | Liliana Rico | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1080296519 | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| El deporte es de todos Mindeporte | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL<br>FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | | | | | | | | Versión: 4<br>CÓDIGO: FD-FR-054<br>Fecha: 19/07/2021 | | |
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 06/04/21 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | botanica | | | TIPO DE GRUPO | no REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | botanica | | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | botanica | ESCENARIO | Polideportivo | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | | 3186063889 | | | |

**1. DATOS DE IDENTIFICACION Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Kely Johana Vargas | | | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 12/03/95 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082216263 | PAÍS DE NACIMIENTO | colombia | NACIONALIDAD | colombiana | GRUPO ÉTNICO | | ninguno | | | |
| DISCAPACIDAD | ninguna | CONDICIÓN | ninguno | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Comfamiliar | | |
| SITUACIÓN LABORAL | Trabaja | NIVEL EDUCATIVO | Tecnico | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | TELÉFONO CELULAR | | 3186063889 | | | |
| TELÉFONO FIJO | — 0 — | CORREO ELECTRÓNICO | — 0 — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | botanica | ZONA | | Urbana | | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | botanica | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Solanyi Obando | TELÉFONO CELULAR | 3132386364 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | PeriFonea | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | | 5 | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 | |

**2. DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 2 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | 1 | | | | | | | | | | 1 | | | | | | |

**3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)**

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |
|---|---|---|---|---|---|

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 6 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60' | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | ajuste al grupo AF | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada |
|---|---|

**3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO**

| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 2 |
|---|---|

**3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL**

| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 0 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 2 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |
|---|---|---|---|---|---|

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |
|---|---|---|---|

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 8 |
|---|---|

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto? | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | excelente |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 9 |
|---|---|---|---|---|---|

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 63 | TALLA | | IMC | 1.62 | CLASIFICACIÓN | | PERÍMETRO DE CINTURA | 86 | CLASIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**
Marque con una equis (x) SI y NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, exímo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS:** Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO:** Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

**6. FIRMAS**

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR(A) o FACILITADOR(A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS, MONITOR(A) HEVS o PROMOTOR(A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Kely Johana Vargas | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082216263 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

El deporte es de todos | Mindeporte

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS

Versión: 4 | CÓDIGO: FD-FR-054 | Fecha: 19/07/2021

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 22-03-2022 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | Monitor PROFESIONAL | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | Oscar Juan Trujillo O |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1082215328 | NOMBRE DEL GRUPO | betania | | | TIPO DE GRUPO | NO REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | betania |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | betania | ESCENARIO | Polideportivo | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP) | 3188413989 | | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | NATALIA FREDDO PERDOMO | SEXO | MUJER | FECHA DE NACIMIENTO | 5-ENERO-1993 | TIPO DE DOCUMENTO | C.C. | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1075268065 | PAÍS DE NACIMIENTO | COLOMBIA | NACIONALIDAD | COLOMBIA | GRUPO ÉTNICO | NINGUNO | | |
| DISCAPACIDAD | NINGUNA | CONDICIÓN | NINGUNA | ORIENTACIÓN SEXUAL | HETEROSEXUAL | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | COOTRIBUTEO | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | SANITAS |
| SITUACIÓN LABORAL | TRABAJO | NIVEL EDUCATIVO | TECNICA | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | TELÉFONO CELULAR | 3188413989 | | |
| TELÉFONO FIJO | | CORREO ELECTRÓNICO | FPnataliaOk@hotmail.com | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | BETANIA | ZONA | RURAL | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | INSPECCIÓN | VIA DE CONTACTO CON EL USUARIO | 3188413989 | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | HERMANA LINA MARCELA | TELÉFONO CELULAR | 3152444612 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | PERIFONEO | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 2022 |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | 1 | | | | | | | | | 1 | 1 | | | | | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 2 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 1 H | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | ACTIVIDAD FISICA |
| 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | | | | | | | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | MODERADA | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 3 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 2 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 6 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

### 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | BUENO | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | NINGUNA | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 70 | TALLA | 1.68 | IMC | 26.14 | CLASIFICACIÓN | SOBREPESO | PERÍMETRO DE CINTURA | 82 | CLASIFICACIÓN | RIESGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | | |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

## 6. FIRMAS

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR (A) TERRITORIO | | FIRMA CONTRATISTA ENTE DEPORTIVO | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | NATALIA FREDDO P. | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | Oscar Juan Trujillo Ocampo |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1075268065 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082215328 |

Scanned by TapScanner

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| El deporte es de todos · Mindeporte | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | | | | | | | | | Versión: 4 | |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | | | | | | | | | CÓDIGO: FD-FR-054 | |
| | | | | | | | | | | Fecha: 19/07/2021 | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 22/03/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | | NOMBRE DEL GRUPO | botanica | | TIPO DE GRUPO | nO REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | botanica | | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | botanica | | ESCENARIO | Polideportivo | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP) | 3165757464 | | | | |

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Nohora Isabel Andrade | | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 27/03/77 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26425609 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | colombiana | | GRUPO ÉTNICO | ninguno | | | |
| DISCAPACIDAD | ninguno | CONDICIÓN | ninguno | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Comfamiliar | | |
| SITUACIÓN LABORAL | Todo del Hogar | NIVEL EDUCATIVO | secundaria | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | TELÉFONO CELULAR | 3165757464 | | | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | botanica | | ZONA | rural | | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | botanica | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Edinson Rojas | TELÉFONO CELULAR | 3163702944 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Ninguno | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 | | |

**2. DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | 2 |
| | | | | | | | | | | | | 1 | 1 | | | | | |

**3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)**

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 2 veces | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60' | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | Ejercicio del grupo AF |
| 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | | | | | | | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | |
|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada |

**3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO**

| | |
|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 3 |

**3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | |
|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Bueno | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PESO | 71.3 | TALLA | 160 | IMC | 28.10 | CLASIFICACIÓN | sobrepeso | PERÍMETRO DE CINTURA | 88 | CLASIFICACIÓN | Normal | |

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**
Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

**6. FIRMAS**

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR(A) o FACILITADOR(A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS VAS, MONITOR(A) HEVS o PROMOTOR(A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nohora Isabel Andrade | | | | Oscar Ivan Trujillo Ocampo | |
| NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26 425 609 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| El deporte es de todos Mindeporte | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 03/04/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | | NOMBRE DEL GRUPO | betania | | TIPO DE GRUPO | no REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | betania |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | betania | | ESCENARIO | Polideportivo | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 317 245 6971 | | |

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Carolina Coronado | | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 28/12/12 | TIPO DE DOCUMENTO | TI | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1029588151 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | | GRUPO ÉTNICO | ninguno | |
| DISCAPACIDAD | ninguna | CONDICIÓN | ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | asmetsalud |
| SITUACIÓN LABORAL | Estudiante | NIVEL EDUCATIVO | Primaria | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | TELÉFONO CELULAR | 317 245 6971 | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | betania | | ZONA | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | betania | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | Carolina bermeo | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | 3172456971 | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Carolina bermeo | TELÉFONO CELULAR | 3172456971 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | |

**2. DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 0 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)**

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | | | | | | | | | |

**3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | | 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | | | | | |

**3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | | | | | |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | | 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | | | | | |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto? | | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | |
| 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | | 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | |

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | |
| 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | | | |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 30 | TALLA | 1.05 | IMC | | CLASIFICACIÓN | | PERÍMETRO DE CINTURA | 38 | CLASIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**
Marque con una equis (x), SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de Carolina Coronado. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS:** Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO:** Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

**6. FIRMAS**

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR(A) O FACILITADOR(A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS Y/O MONITOR(A) HEVS O PROMOTOR(A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1030193 758 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

# GRUPO REGULAR HEVS PARQUE PRINCIPAL

Scanned by TapScanner

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| El deporte es de todos Mindeporte | PROCESO: | | | | | | | | Versión: 4 | |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | | | | | | | CÓDIGO: FD-FR-054 | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 04/04/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | Parque Principal | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | P. Principal | | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P. Principal | ESCENARIO | P. Principal | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP) | 3138503697 | | | | |

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Kulian Maritza Ortiz | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 24/09/92 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1032215597 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | GRUPO ÉTNICO | ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | ninguno | CONDICIÓN | ninguno | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Sanitas |
| SITUACIÓN LABORAL | Estudiante | NIVEL EDUCATIVO | Técnico | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | | TELÉFONO CELULAR | 3138503697 |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Calle 5 #14-43 | | | ZONA | Urbana |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | Sand Pedro | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Josolo | TELÉFONO CELULAR | 3204041693 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Parlantico | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

**2. DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 4 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | 1 | | | 1 | | | | | 1 | 1 | | | | | | |

**3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)**

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 2 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60' | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | ajuste al arco nF | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | Moderada | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 2 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 0 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Bueno | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | ninguno |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | No | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO | | | | | | |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | No | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | | | | | | |

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 | | | | | | |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 66 | TALLA | 1.55 | IMC | | CLASIFICACIÓN | | PERÍMETRO DE CINTURA | 87 | CLASIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**
Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

**6. FIRMAS**

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR(A) O FACILITADOR(A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS VAS, MONITOR(A) HEVS o PROMOTOR(A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Kulian Ortiz | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1032215597 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| El deporte es de todos · Mindeporte | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL<br>FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | Versión: 4<br>CÓDIGO: FD-FR-054<br>Fecha: 19/07/2021 | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 08/04/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | Parque Principal | | | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | P. Principal | | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P. Principal | ESCENARIO | P. Principal | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3138503697 | | | | |

**1. DATOS DE IDENTIFICACION Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | ana sofia alvarado | | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 17/09/10 | TIPO DE DOCUMENTO | TI | | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1076703868 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | colombiana | | GRUPO ÉTNICO | ninguno | | | |
| DISCAPACIDAD | ninguno | CONDICIÓN | ninguno | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Nueva EPS | | |
| SITUACIÓN LABORAL | Estudiante | NIVEL EDUCATIVO | Secundaria | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | TELÉFONO CELULAR | 313850 3697 | | | |
| TELEFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — 9 — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | calle 5 #14-43 | | ZONA | urbana | | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | San Pedro | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | Karlian Ortiz | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | 3138503693 | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Karlian Ortiz | TELÉFONO CELULAR | 3138503693 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Perifonico | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 | | |

**2. DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 4 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | 1 | | | | | | 1 | | | 1 | | | | | | |

**3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)**

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | |

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 51 | TALLA | 1.68 | IMC | | CLASIFICACIÓN | | PERÍMETRO DE CINTURA | 60 | CLASIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**
Marque con una equis [x] SI o NO según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: Manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de Karlian Ortiz. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

**6. FIRMAS**

| FIRMA DEL USUARIO(A) | FIRMA GESTOR(A) O FACILITADOR(A) HEVS | FIRMA DEL ARTICULADOR(A) HEVS VAS, MONITOR(A) HEVS O PROMOTOR(A) HEVS |
|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO: Karlian Ortiz | NOMBRE COMPLETO: | NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO: 1082215397 | NÚMERO DE DOCUMENTO: | NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 03/03/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | | NOMBRE DEL GRUPO | P. Principal | | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | P. Principal | | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P. Principal | | ESCENARIO | P. Principal | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3136720286 | | | | |

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Oscar Javier Duran | | SEXO | M | FECHA DE NACIMIENTO | 26/10/93 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 108 215 978 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | colombiana | | GRUPO ÉTNICO | ninguno | |
| DISCAPACIDAD | ninguno | CONDICIÓN | ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Ecoopsos |
| SITUACIÓN LABORAL | Trabajar | NIVEL EDUCATIVO | Secundaria | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | TELÉFONO CELULAR | 3136720286 | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | calle 4 # 14-44 | | ZONA | urbana | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | San Pacho | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Loyda Yuama | TELÉFONO CELULAR | 3136720286 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Radio | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

**2. DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | 5 |
| | 1 | | | | | | | | | | | 1 | 1 | | | | | |

**3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)**

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 2 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60" | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | asiste al Grupo AF | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada | **3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO** 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 4 | **3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL** 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | **3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO** 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 8 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Excelente | **3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES** 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 81 | TALLA | 1.70 | IMC | | CLASIFICACIÓN | | PERÍMETRO DE CINTURA | 86 | CLASIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**
Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, el ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS:** Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO:** Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

**6. FIRMAS**

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR(A) E FACILITADOR(A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS VAS, MONITOR(A) HEVS o PROMOTOR(A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082215978 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 | Fecha: 19/07/2021

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 04/03/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | Parque Principal | | | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | P. Principal | | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P. Principal | ESCENARIO | P. Principal | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP) | 3136720286 | | | | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | melani duran yucuma | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 15/09/17 | TIPO DE DOCUMENTO | TI | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1032217226 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | colombiana | GRUPO ÉTNICO | ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | ninguno | CONDICIÓN | ninguno | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | sanitas |
| SITUACIÓN LABORAL | Estudiante | NIVEL EDUCATIVO | Primaria | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | TELÉFONO CELULAR | 3136720286 | | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | calle 4 # 14-44 | ZONA | Urbana | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | San Pedro | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | Leidy yucuma | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | 3136720286 | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Leydi yucuma | TELÉFONO CELULAR | 3136720286 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Portatil | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | 3 |
| | 1 | | | | | | | | | | | 1 | 1 | | | | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | |

### 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

### 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | | | | | | |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

### 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | |

### 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PESO | 30 | TALLA | 48 | IMC | | CLASIFICACIÓN | | PERÍMETRO DE CINTURA | 38 | CLASIFICACIÓN | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | | | | | | | |

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de Leidi Yucuma Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

## 6. FIRMAS

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR(A) - FACILITADOR(A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS, MONITOR(A) HEVS o PROMOTOR(A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Leidy yucuma | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082215890 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

El deporte es de todos | Mindeporte

| | |
|---|---|
| PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
| FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 04/04/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | | NOMBRE DEL GRUPO | Parque Principal | | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | P. Principal |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P. Principal | | ESCENARIO | P. Principal | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | | 3228169916 | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Anyi Carolina Romero | | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 23/08/2002 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1004304839 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | colombiana | | GRUPO ÉTNICO | ninguno | |
| DISCAPACIDAD | ninguno | CONDICIÓN | ninguno | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Nueva EPS |
| SITUACIÓN LABORAL | Estudiante | NIVEL EDUCATIVO | Universitario | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | TELÉFONO CELULAR | 3228169916 | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | calle 56 # 7A-47 | | ZONA | Urbana | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | San Carlos | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Ana milena Cano | TELÉFONO CELULAR | 3102152946 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Portafolio | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | Si | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | | | | | | | 1 | | | 1 | | | | | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60' | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | Asistir al Grupo AF | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE / 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO / 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL / 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 2 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 2 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO |
| 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO | | | | | | | | | | |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO / 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO |
| 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | | | | | | | | | | |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA / 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Bueno | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | |
| 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 | | | | | | | | | | |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 61 | TALLA | 1.67 | IMC | | CLASIFICACIÓN | | PERÍMETRO DE CINTURA | 72 | CLASIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

## 6. FIRMAS

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR(A) o FACILITADOR(A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS VAS, MONITOR(A) HEVS o PROMOTOR(A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Anyi Carolina Romero | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1004304839 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

El deporte es de todos · Mindeporte

| PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
|---|---|
| FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-084 |
| | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 04/04/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | | NOMBRE DEL GRUPO | Parque Principal | | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | P. Principal |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P. Principal | | ESCENARIO | P. Principal | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3014126182 | | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Yulitza Andrea Cordoba | | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 12/03/99 | | TIPO DE DOCUMENTO | CC |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082217116 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | | GRUPO ÉTNICO | | ninguno |
| DISCAPACIDAD | ninguno | CONDICIÓN | ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Sanitas |
| SITUACIÓN LABORAL | Labores del Hogar | NIVEL EDUCATIVO | Profesional | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | TELÉFONO CELULAR | | 301 412 6182 |
| TELÉFONO FIJO | -o- | CORREO ELECTRÓNICO | -o- | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | calle 5 # 4-53 | | ZONA | | Urbana |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | Santa ana | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Cristian Tovar | TELÉFONO CELULAR | 3178538337 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Portafono | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | | | | | | | | | 1 | 1 | | | | | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 2 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60" | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | curso al Org° AF | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 4 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 2 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | | NO |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 8 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Bueno | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | ninguno | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | |

### 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | | TALLA | | IMC | | CLASIFICACIÓN | | PERÍMETRO DE CINTURA | | CLASIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, así mismo en mi calidad de acudiente de _____ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

## 6. FIRMAS

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR (A) O FACILITADOR (A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS Y/O MONITOR (A) HEVS O PROMOTOR (A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Yulitza Cordoba | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082217116 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| El deporte es de todos Montería | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | | | | | | | | Versión: 4 | |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | | | | | | | | CÓDIGO: FD-FR-054 | |
| | | | | | | | | | Fecha: 19/07/2021 | |
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 04/04/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | | NOMBRE DEL GRUPO | Parque Principal | | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | P. Principal | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P. Principal | | ESCENARIO | P. Principal | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3208520178 | | | |

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Diego Armando Trujillo | SEXO | M | FECHA DE NACIMIENTO | 24/02/96 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082216394 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | colombiana | GRUPO ÉTNICO | ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | ninguna | CONDICIÓN | ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Sanitas |
| SITUACIÓN LABORAL | Estudiante | NIVEL EDUCATIVO | Universitario | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | TELÉFONO CELULAR | 3208520178 | | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | calle 1 # 8-11 | ZONA | Urbana | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | los mocochos | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Oca Trujillo | TELÉFONO CELULAR | 3044150881 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Ninguno | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

**2. DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | | | | | | | 1 | | 1 | | | | | | | |

**3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)**

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60" | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | Asistir al Grupo AF |
| 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | | | | | | | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada | **3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO** 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 2 | **3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL** 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 2 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 2 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | **3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO** 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO |
| 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO | | | | | | | | | | |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO** — **3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 8 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO |
| 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre; dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | | | | | | | | | | |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA** — **3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Pasable | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | Estudio | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | |
| 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 | | | | | | | | | | |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 82 | TALLA | 1.79 | IMC | | CLASIFICACIÓN | | PERÍMETRO DE CINTURA | 81 | CLASIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**
Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario*.

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

**6. FIRMAS**

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR(A) o FACILITADOR(A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS VAS, MONITOR(A) HEVS o PROMOTOR(A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Diego Trujillo | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082216394 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| El deporte es de todos | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 04/08/21 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | | NOMBRE DEL GRUPO | P. Principal | | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | P. Principal | | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P. Principal | | ESCENARIO | P. Principal | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP) | 3112937118 | | | | |

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | marco antonio Trujillo | | SEXO | M | FECHA DE NACIMIENTO | 16/07/87 | | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082214607 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | | | GRUPO ÉTNICO | ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | ninguna | CONDICIÓN | ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Contributivo | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Sanitas | | |
| SITUACIÓN LABORAL | Trabaja | NIVEL EDUCATIVO | Profesional | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | | TELÉFONO CELULAR | 3112937118 | | |
| TELÉFONO FIJO | —o— | CORREO ELECTRÓNICO | marcospgrt@hotmail.com | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Calle 1 # 8-11 | | | ZONA | Urbana | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | la Moreda | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Oscar Trujillo | TELÉFONO CELULAR | 3204115081 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Radio | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 | | |

**2. DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | 3 |
| | 1 | | | | | | | | | | | 1 | 1 | | | | | | |

**3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)**

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | | 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60" | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | asistir al Grupo AF | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 6 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | 1 | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | 1 | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | 1 | |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 8 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA** / **3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | excelente | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | Trabajo | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 | |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 89 | TALLA | 185 | IMC | | CLASIFICACIÓN | | PERÍMETRO DE CINTURA | 78 | CLASIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**
Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre los mismos. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

**6. FIRMAS**

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR(A) o FACILITADOR(A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS VIAS, MONITOR (A) HEVS o PSICÓLOGO (A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Marco Antonio Trujillo | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082214607 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | | | | | | | | | Versión: 4 | |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | | | | | | | | | CÓDIGO: FD-FR-054 | |
| | | | | | | | | | | Fecha: 19/07/2021 | |
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 04/04/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | P. Principal | | | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | P. Principal | | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P. Principal | ESCENARIO | P. Principal | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3203528967 | | | | |

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Emanuel Bruno Palomino | SEXO | M | FECHA DE NACIMIENTO | 27/06/2014 | TIPO DE DOCUMENTO | TI | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1055511637 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | GRUPO ÉTNICO | ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | ninguna | CONDICIÓN | ninguno | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Ecoopsos |
| SITUACIÓN LABORAL | Estudiante | NIVEL EDUCATIVO | Primaria | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | TELÉFONO CELULAR | 3203528967 | | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Cra 5 # 13-51 | ZONA | urbana | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | C. San Pedro | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | magnolia Palomino | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | 3203528967 | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | magnolia Palomino | TELÉFONO CELULAR | 3203528967 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Teléfono | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

**2. DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | 4 |
| | | | 1 | | | | 1 | | | | | 1 | 1 | | | | | |

**3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)**

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | |

**3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO**

**3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL**

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | | 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | | | | | |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4. MEDIDAS ANTROPOMETRICAS: | PESO | 35 | TALLA | 1.08 | IMC | | CLASIFICACIÓN | | PERÍMETRO DE CINTURA | 60 | CLASIFICACIÓN |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | | | |

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**
Marque con una equis (x): SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de magnolia Palomino. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

**6. FIRMAS**

| FIRMA DEL (DE LA) PARTICIPANTE | | FIRMA GESTOR(A) o FACILITADOR(A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS VAE, MONITOR(A) HEVS o PROMOTORIA) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | magnolia Palomino | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26607537 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| El deporte es de todos · Mindeporte | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL<br>FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | Versión: 4<br>CÓDIGO: FD-FR-054<br>Fecha: 19/07/2021 | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 04/03/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | P. Principal | | | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | P. Principal | | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P. Principal | ESCENARIO | P. Principal | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3132953781 | | | | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Astrid Trujillo Olaya | | | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 18/11/81 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 36306313 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | | | GRUPO ÉTNICO | ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | ninguna | CONDICIÓN | ninguno | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Contributivo | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Sanitas | | |
| SITUACIÓN LABORAL | Trabaja | NIVEL EDUCATIVO | Profesional | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | | TELÉFONO CELULAR | 3132953781 | | |
| TELÉFONO FIJO | - 0 - | CORREO ELECTRÓNICO | - 0 - | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Cumen 9 # 6-32 | | | ZONA | Urbana | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | Cus Carlos Galan | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Idaltonso Arayo | TELÉFONO CELULAR | 3102092458 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Peritonco | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 | | |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 4 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | | | | | | 1 | | | 1 | 1 | | | | | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | | 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60' | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | asesor a/ cto AF | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizo la actividad física? | Moderada | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 2 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 2 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 2 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO | | |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo duermió en promedio en la noche? | 8 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | | |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

### 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Bueno | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | Trabajo | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 | | |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | | TALLA | | IMC | | CLASIFICACIÓN | | PERÍMETRO DE CINTURA | | CLASIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, así mismo en mi calidad de acudiente de _____ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y especialidades de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

## 6. FIRMAS

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR(A) / FACILITADOR (A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) TERRITORIAL HEVS / MONITOR(A) HEVS / PROMOTOR(A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Astrid Trujillo | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 36306313 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 04/04/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO | | |
| NUMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | | NOMBRE DEL GRUPO | P. Principal | | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | P. Principal | | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P. Principal | | ESCENARIO | P. Principal | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3187812463 | | | | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Thalia Vallejo Chila | | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 07/02/2016 | TIPO DE DOCUMENTO | TI | | | |
| NUMERO DE DOCUMENTO | 1082217310 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | | GRUPO ÉTNICO | ninguno | | | |
| DISCAPACIDAD | ninguno | CONDICIÓN | ninguno | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Coopsos | | |
| SITUACIÓN LABORAL | Estudiante | NIVEL EDUCATIVO | Primaria | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | TELÉFONO CELULAR | 318 781 2463 | | | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | calle 5 # 11-53 | | ZONA | Urbana | | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | San Pedro | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | norma Chila | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | 318 7812463 | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | norma Chila | TELÉFONO CELULAR | 3187812463 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Ponfongo | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 | | |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES CICLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS

### 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | |

### 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

### 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | | | | | | | |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

### 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 30 | TALLA | 1.10 | IMC | | CLASIFICACIÓN | | PERÍMETRO DE CINTURA | 30 | CLASIFICACIÓN |

| 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO<br>Marque con una equis (X) SI o NO según respuesta del usuario | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de norma Chila. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | Y | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | Y | |

## 6. FIRMAS

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR(A) DE LA ACTIVIDAD HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS, VAS, MONITOR(A) HEVS o PROMOTOR(A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Norma Chila | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NUMERO DE DOCUMENTO | 52066210 | NUMERO DE DOCUMENTO | | NUMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | | Versión: 4 |
| | | | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCION | 04/04/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NUMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | Parque Principal | | | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P. Principal | ESCENARIO | P. Principal | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP) | 3232288719 | | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACION Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Ana milena Tovar Ramirez | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 30/07/84 | | | TIPO DE DOCUMENTO | CC |
| NUMERO DE DOCUMENTO | 26607922 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | | | GRUPO ÉTNICO | ninguno |
| DISCAPACIDAD | ninguno | CONDICIÓN | ninguno | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | asmetsalud |
| SITUACIÓN LABORAL | Tareas del Hogar | NIVEL EDUCATIVO | Tecnico | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | | TELÉFONO CELULAR | 3232288719 |
| TELÉFONO FIJO | - o - | CORREO ELECTRÓNICO | - o - | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Calle 10 #2-50 | | | ZONA | Urbana |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | Guayabal | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Jorge Hernan | TELÉFONO CELULAR | 3118583753 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Perifoneo | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 21 |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | | | | 1 | | | | | 1 | 1 | | | | | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FISICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60" | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | asesto al Grupo AF |
| 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | | | | | | | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 2 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO |
| 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO | | | | | | | | | | |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 8 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO |
| 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | | | | | | | | | | |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

### 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | 1 | 10. Diría que su estado de salud es | Bueno | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | |
| 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 | | | | | | | | | | |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 82 | TALLA | 1.70 | IMC | | CLASIFICACIÓN | | PERÍMETRO DE CINTURA | 95 | CLASIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACION DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FILMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

## 6. FIRMAS

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR(A) o FACILITADOR(A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS VAS, MONITOR(A) HEVS Ó PROMOTOR(A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Milena Tovar Ramirez | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26607922 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| El deporte es de todos Manizales | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | | | | | | | | | Versión: 4 | |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | | | | | | | | | CÓDIGO: FD-FR-054 | |
| | | | | | | | | | | Fecha: 19/07/2021 | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 04/02/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | Parque Principal | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | P. Principal | | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P Principal | ESCENARIO | P. Principal | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3178041423 | | | | |

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Ana Sofia Chila montaña | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 31/01/2000 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1004305002 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | GRUPO ÉTNICO | ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | ninguno | CONDICIÓN | ninguno | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Nueva EPS |
| SITUACIÓN LABORAL | Estudiante | NIVEL EDUCATIVO | Secundaria | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | TELÉFONO CELULAR | 3178041423 | | |
| TELÉFONO FIJO | — | CORREO ELECTRÓNICO | — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | calle 1 # 4-37 | ZONA | Urbana | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | la Trinidad | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | norma Chila | TELÉFONO CELULAR | 3187812463 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Ninguno | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | Si | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

**2. DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | 2 |
| | | | | 1 | | | | | | 1 | | | | | | | | | |

**3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)**

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60" | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | asistir al Grupo AF |
| 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | | | | | | | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | |
|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada |

**3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO**

| | |
|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 2 |

**3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 8 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Excelente |

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | Estudiar | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 55 | TALLA | 1.60 | IMC | | CLASIFICACIÓN | | PERÍMETRO DE CINTURA | 78 | CLASIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**
Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

**6. FIRMAS**

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR(A) o FACILITADOR(A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS VAS, MONITOR(A) HEVS o PROMOTOR(A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | ana Sofia Chila | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1004305002 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.213.328 |

Scanned by TapScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| El deporte es de todos · Mindeporte | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL<br>FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | Versión: 4<br>CÓDIGO: FD-FR-054<br>Fecha: 19/07/2021 | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 02/02/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | P. Principal | | | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | P. Principal |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P Principal | ESCENARIO | P. Principal | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3187812463 | | |

**1. DATOS DE IDENTIFICACION Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | norma Constanza montaña | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 10/11/1978 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 52.466 210 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | GRUPO ÉTNICO | ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | ninguno | CONDICIÓN | ninguno | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Ecoopsos |
| SITUACIÓN LABORAL | Tareas del Hogar | NIVEL EDUCATIVO | Tecnico | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | | TELÉFONO CELULAR | 3187812463 |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | calle 5 # 11-55 | | | ZONA | Urbano |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | C san pedro | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Anc soFia chila | TELÉFONO CELULAR | 3178041423 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Portafolio | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 2L |

**2. DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | | | | | | 1 | | | 1 | 2 | | | | | | |

**3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)**

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 5 | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | 40' |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 5 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60" | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | asiste al grupo AF | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 2 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |

**3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO**

**3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL**

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO | | | | | | |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10. Diría que su estado de salud es | excelente | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 | | |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 60 | TALLA | 1.59 | IMC | | CLASIFICACIÓN | | PERÍMETRO DE CINTURA | 79 | CLASIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**
Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física. así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de los comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

**6. FIRMAS**

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR(A) O FACILITADOR(A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS Y A.S, MONITOR (A) HEVS o PROMOTOR (A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Norma Chila | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 52466210 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

PROCESO:

FORMATO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL

Versión: 4

CÓDIGO: FD-FR-054

Fecha: 19/07/2021

## FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 07/04/22 | DEPARTAMENTO | Huila | MUNICIPIO | Yaguara | ROL CONTRACTUAL | monitor profesional | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | Oscar Ivan Tyrtle |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1083215328 | NOMBRE DEL GRUPO | Parque Principal | | | TIPO DE GRUPO | regular | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | P. Principal |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P. Principal | ESCENARIO | P. Principal | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP) | 3187812463 | | |

### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Kevin Chila montaña | | | SEXO | H | FECHA DE NACIMIENTO | 25/05/2001 | TIPO DE DOCUMENTO | CC |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1192722416 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | | | GRUPO ÉTNICO | ninguno |
| DISCAPACIDAD | ninguno | CONDICIÓN | ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Sanitas |
| SITUACIÓN LABORAL | Estudiante | NIVEL EDUCATIVO | bachiller | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 1 | | | TELÉFONO CELULAR | 3187812463 |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | calle 5 # 11-53 | | | ZONA | Urbana |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | C. San Pedro | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Norma Confanzo | TELÉFONO CELULAR | 3187812463 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Portonco | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS: 21 |

### 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | 3 |
| | | | | | | | | | | 1 | | 1 | | | | | | |

### 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60' | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | gusto el grupo AF | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderado | 7. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | NO | 8. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | NO | 9. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | NO | 10. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 11. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 12. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO | 13. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 15. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto? | NO | 16. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 17. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 18. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 19. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 20. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 21. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 22. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 23. Diría que su estado de salud es | Bueno | 24. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | ninguna | 25. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | |

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| | |
|---|---|
| 26. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 61 | TALLA | 1.61 | IMC | | CLASIFICACIÓN | | PERÍMETRO DE CINTURA | 78 | CLASIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

### 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (x) "SI o NO, según respuesta del usuario

| | | |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de; las necesidades, intereses y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

### 6. FIRMAS

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR (A) DE ENTIDAD O ENTE DEPORTIVO | | FIRMA DEL PARTICIPANTE MENOR DE EDAD (SI APLICA) | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Kevin Chila M | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | Oscar Ivan Tyrtle Ocampo |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1192722416 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1083215328 |

Scanned by TapScanner

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| El Deporte es de todos · Mindeporte | PROCESO: | | | | | | | | Versión: 4 | |
| | FORMATO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | | | | | | | | CÓDIGO: FD-FR-054 | |
| | FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | | | | | | | | Fecha: 19/07/2021 | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 04/03/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | Parque Principal | | | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | P. Principal |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | Parque Principal | ESCENARIO | P. Principal | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3158638625 | | |

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Yaneth Tejarcho Ramirez | | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 28/03/83 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26607858 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | | GRUPO ÉTNICO | ninguno | |
| DISCAPACIDAD | ninguna | CONDICIÓN | ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Asmsalud |
| SITUACIÓN LABORAL | Tareas del Hogar | NIVEL EDUCATIVO | Tecnico | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | TELÉFONO CELULAR | 3158638625 | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | elitatiana ramirez@gmail.com | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | calle 6 # 13-67 | | ZONA | Urbana | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | C. San Pedro | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Hernando Tovar | TELÉFONO CELULAR | 3158638625 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Perifoneo | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

**2. DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | 2 |
| | | | | | | | | | | | | 1 | 0 | | | | | | |

**3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 15 AÑOS)**

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | Si | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60' | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | Asiste al Grupo AF |
| 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | | | | | | | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderado | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 2 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 2 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |

**3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO** — **3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL** — **3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO |
| 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | | | | | | | | | | |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA** — **3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cual enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Bueno | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | |
| 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 | | | | | | | | | | |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 53 | TALLA | 1.50 | IMC | 23.56 | CLASIFICACIÓN | normal | PERÍMETRO DE CINTURA | 80 | CLASIFICACIÓN | riesgo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**
Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS:** Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO:** Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover o ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

**6. FIRMAS**

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA DESTOPA(A) o FACILITADOR(A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS, VAS, MONITOR(A) HEVS o PROMOTOR(A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Yaneth Tejarcho | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26607858 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 02/02/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | | NOMBRE DEL GRUPO | Parque Principal | | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | P. Principal |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P. Principal | | ESCENARIO | P. Principal | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 312 466 1470 | | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Hanna Zuñiga Rivas | | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 30/04/62 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26514800 | PAÍS DE NACIMIENTO | colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | | GRUPO ÉTNICO | ninguno | |
| DISCAPACIDAD | ninguno | CONDICIÓN | ninguno | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Contributivo | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Sanitas |
| SITUACIÓN LABORAL | Tareas del Hogar | NIVEL EDUCATIVO | Técnico | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | TELÉFONO CELULAR | 312 466 1470 | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | calle 2 # 4-16 | | ZONA | Urbana | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | la Trinidad | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Karol Santos | TELÉFONO CELULAR | 3192629755 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Perifoneo | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | Si | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 21 |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | 2 |
| | | | | | | | | | | | | 1 | 1 | | | | | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 5 | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | 60' |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 5 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60" | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | asiste al Grupo AF | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 3 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO | | | | | | |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 8 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto? | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | | | | | | |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Bueno | | |

### 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 | | |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PESO | 76 | TALLA | 1.70 | IMC | 26.30 | CLASIFICACIÓN | Sobrepeso | PERÍMETRO DE CINTURA | 94 | CLASIFICACIÓN | riesgo | |

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marqué con una equis (x), SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

## 6. FIRMAS

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR(A) s FACILITADOR(A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS VAS, MONITOR(A) HEVS o PROMOTOR(A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Hanna Zuñiga | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26.514.800 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos · Mindeporte | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL<br>FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | Versión: 4<br>CÓDIGO: FD-FR-054<br>Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 5/02/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | | NOMBRE DEL GRUPO | Parque Principal | | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | P. Principal |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P. Principal | | ESCENARIO | P. Principal | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3143484623 | | |

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | blanca ligia Alvira Ramirez | | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 3/05/1971 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 55161846 | PAÍS DE NACIMIENTO | colombia | NACIONALIDAD | colombiana | | GRUPO ÉTNICO | ninguno | |
| DISCAPACIDAD | ninguno | CONDICIÓN | ninguno | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Asmetsalud |
| SITUACIÓN LABORAL | Tareas del Hogar | NIVEL EDUCATIVO | bachiller | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | TELÉFONO CELULAR | 3143484623 | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | calle 5A # 13-43 | | ZONA | Urbana | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | C. San Pedro | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Yeenic Hernandez | TELÉFONO CELULAR | 3053489119 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Parlonco | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | 51 | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

**2. DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | 2 |
| | | | | | | | | | | | | 1 | 1 | | | | | |

**3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)**

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60' | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | asistir al Grupo AF |
| 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | | | | | | | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | |
|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada |

**3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO**

| | |
|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 1 |

**3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 2 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 2 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 8 | | |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO |
| 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | |
| 10. Diría que su estado de salud es | Bueno | | | | |

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | |
| 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 | | |

**4. MEDIDAS ANTROPOMETRICAS**

| PESO | 67 | TALLA | 1.55 | IMC | 26.30 | CLASIFICACIÓN | Sobrepeso | PERÍMETRO DE CINTURA | 82 | CLASIFICACIÓN | riesgo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**
Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS:** Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO:** Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

**6. FIRMAS**

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR(A) o FACILITADOR(A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR(A) HEVS VAS, MONITOR(A) HEVS o PROMOTOR(A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Blanca alvira | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 55161846 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
|---|---|---|
| El deporte es de todos | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 04/03/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | Parque Principal | | | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | P. Principal |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P. Principal | ESCENARIO | P. Principal | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3227533652 | | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Maria Fernanda Leiva Tavera | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 24/08/1999 | TIPO DE DOCUMENTO | Cc | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082217203 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | GRUPO ÉTNICO | ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | ninguno | CONDICIÓN | ninguno | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | contributivo | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Nueva EPS |
| SITUACIÓN LABORAL | Estudiante | NIVEL EDUCATIVO | Universitario | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 1 | | | TELÉFONO CELULAR | 3227533652 |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | calle 1 # 9-85 | | | ZONA | Urbana |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | El Jardin | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Nolly Tavera | TELÉFONO CELULAR | 3227533652 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Portafolio | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 4 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60' | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | asistir al Grupo AF |
| 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | | | | | | | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | |
|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderado |

### 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

| | |
|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 4 |

### 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | |
|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto? | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO |
| 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Excelente |

### 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 68 | TALLA | 1.60 | IMC | 26.7 | CLASIFICACIÓN | Sobrepeso | PERÍMETRO DE CINTURA | 70 | CLASIFICACIÓN | normal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (X) SI o NO según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, así mismo en mi calidad de acudiente de _____ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

## 6. FIRMAS

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR(A) O FACILITADOR(A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS, VAS, MONITOR(A) HEVS O PROMOTOR(A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Maria Fernanda Leiva | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082217203 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| El deporte es de todos | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 02/02/2022 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | | NOMBRE DEL GRUPO | Parque Principal | | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | P. Principal |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P. Principal | | ESCENARIO | P. Principal | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3167933303 | | |

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Francia Elena Hernandez Arayo | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 18/09/1969 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26.606.989 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | colombiana | GRUPO ÉTNICO | ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | ninguno | CONDICIÓN | ninguno | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Contributivo | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Comfamiliar |
| SITUACIÓN LABORAL | Trabaja | NIVEL EDUCATIVO | Profesional | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | TELÉFONO CELULAR | 316 793 3303 | | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | Fehe693@hotmail.com | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Calle 5 # 5-26 | ZONA | Urbana | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | La Victoria | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Oscar Motta | TELÉFONO CELULAR | 3173527560 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Periferico | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

**2. DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | 2 |
| | | | | | | | | | | | | 1 | 1 | | | | | | |

**3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)**

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60" | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | Asistir al Grupo AF |
| 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | | | | | | | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | |
|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada |

**3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO**

| | |
|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 1 |

**3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO | | |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | |
|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO |
| 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | |
| 10. Diría que su estado de salud es | Excelente | | | | |

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | PESO | 58 | TALLA | 1.54 | IMC | 24.6 | CLASIFICACIÓN | normal | PERÍMETRO DE CINTURA | 81 | CLASIFICACIÓN | riesgo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**
Marque con una equis (X) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS:** Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO:** Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

**6. FIRMAS**

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR(A) Y FACILITADOR(A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS VIAS, MONITOR(A) HEVS o PROMOTOR(A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Francia Elena Hernandez | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26 606 989 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
| Mindeporte | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 20/04/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | | NOMBRE DEL GRUPO | Parque Principal | | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P Principal | | ESCENARIO | P. Principal | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3114443917 | | |

**1. DATOS DE IDENTIFICACION Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | magnolia Alvarez Cuevas | | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 27/02/84 | | TIPO DE DOCUMENTO | CC |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26.607673 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | colombiana | | GRUPO ÉTNICO | ninguno | |
| DISCAPACIDAD | ninguna | CONDICIÓN | ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | contributivo | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Nueva EPS |
| SITUACIÓN LABORAL | Tareas del Hogar | NIVEL EDUCATIVO | Tecnico | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 1 | | TELÉFONO CELULAR | 3114443917 | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | calle 5 # 13-73 | | ZONA | Urbana | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | C san pedro | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | rafael bautista | TELÉFONO CELULAR | 3164959948 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Periodico | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

**2. DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | 4 |
| | 1 | | | | | | | | | 1 | | 1 | 1 | | | | | |

**3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)**

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60" | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | asistir al Grupo AF | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 4 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO | 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Bueno |

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 73 | TALLA | 1.64 | IMC | 27.14 | CLASIFICACIÓN | Sobrepeso | PERÍMETRO DE CINTURA | 94 | CLASIFICACIÓN | riesgo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**
Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS:** Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO:** Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

**6. FIRMAS**

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR(A) o FACILITADOR(A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS VAS, MONITOR(A) HEVS o PROMOTOR(A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | magnolia Alvarez | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26.607673 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos Mindeporte | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL<br>FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | Versión: 4<br>CÓDIGO: FD-FR-054<br>Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 04/04/22 | DEPARTAMENTO | Huila | MUNICIPIO | Yaguara | ROL CONTRACTUAL | monitor profesional | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | Oscar Ivan Trujillo |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1082215329 | NOMBRE DEL GRUPO | Parque Principal | | | TIPO DE GRUPO | regular | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P. Principal | ESCENARIO | P. Principal | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3123729332 | | |

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Luis Fernando Vargas H | SEXO | H | FECHA DE NACIMIENTO | 21/10/86 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082215204 | PAÍS DE NACIMIENTO | colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | GRUPO ÉTNICO | ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | ninguna | CONDICIÓN | ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Contributivo | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Sanitas |
| SITUACIÓN LABORAL | Trabajar | NIVEL EDUCATIVO | Profesional | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | | TELÉFONO CELULAR | 3123729332 |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | calle 3 # 6-10 | | | ZONA | Urbana |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | la milagrosa | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Zoraima Hernandez | TELÉFONO CELULAR | 3112761761 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Teléfono | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | Si | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

**2. DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | 2 |
| | | | | | | | | | | | | 1 | 1 | | | | | |

**3. ACTIVIDAD FÍSICA (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)**

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60' | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | asistir al Grupo AF |
| 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | | | | | | | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderado | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 6 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |

**3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO** — **3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL** — **3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO |
| 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | | | | | | |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA** — **3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Excelente | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | Trabajo |
| 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 | | | | | | |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 80 | TALLA | 1.70 | IMC | 27.68 | CLASIFICACIÓN | Sobrepeso | PERÍMETRO DE CINTURA | 92 | CLASIFICACIÓN | normal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**
Marque una sola equis (X). SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, exímo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS:** Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO:** Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

**6. FIRMAS**

| FIRMA DEL USUARIO(A) | | FIRMA GESTOR(A) o FACILITADOR(A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR(A) HEVS O PROFESIONAL DE APOYO |
|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Luis Fernando Vargas | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO: Oscar Ivan Trujillo |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082215204 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO: 1082215378 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos · Mindeporte | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL<br>FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | Versión: 4<br>CÓDIGO: FD-FR-054<br>Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 08/02/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | | NOMBRE DEL GRUPO | Parque Principal | | TIPO DE GRUPO | regular | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | P. Principal |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P. Principal | | ESCENARIO | P. Principal | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3115329993 | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Mercy Miled Yustres | | SEXO | Mujer | FECHA DE NACIMIENTO | 10/12/67 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26606907 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | | GRUPO ÉTNICO | ninguno | |
| DISCAPACIDAD | ninguna | CONDICIÓN | ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Sanitas |
| SITUACIÓN LABORAL | Tareas del Hogar | NIVEL EDUCATIVO | Profesional | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | TELÉFONO CELULAR | 3115329993 | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | mgcymili@Gmail.com | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Cra 9 #6-13 | | ZONA | Urbana | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | Las Carlos | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Oscar Javier | TELÉFONO CELULAR | 3115386526 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Perifoneo | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | 81 | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 21 |

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | 3 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE | | | | | | 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | | 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60' | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | asiste al Grupo AF | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |
| 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE | | 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO | | 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL | | | | | | | 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO | | | |
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | Moderada | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 3 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |
| 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO | | 3.6. MORBILIDAD REPORTADA | | | | | | | | | | | | |
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto? | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |
| 3.6. MORBILIDAD REPORTADA | | | | | | | | | | 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES | | | | |
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Bueno | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | Ninguno | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |
| PESO | 80 | TALLA | 164 | IMC | 29,74 | CLASIFICACIÓN | Sobrepeso | PERÍMETRO DE CINTURA | 86 | CLASIFICACIÓN | | Riesgo | | |

**CONSENTIMIENTO INFORMADO:** manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. — X

**AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS:** Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. — X

**AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO:** Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. — X

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Mercy Miled Yustres M. | | Oscar Ivan Trujillo Ocampo | | | |
| NOMBRE COMPLETO | Mercy Miled Yustres | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26.606.907 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 04/04/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | | NOMBRE DEL GRUPO | Parque Principal | | TIPO DE GRUPO | Regular | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | P. Principal |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P. Principal | | ESCENARIO | P. Principal | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP) | 318 630 2707 | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Renata Cuevas Trujillo | | SEXO | Hujer | FECHA DE NACIMIENTO | 28/01/2003 | TIPO DE DOCUMENTO | Cc | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1004304888 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | | GRUPO ÉTNICO | Ninguno | |
| DISCAPACIDAD | Ninguna | CONDICIÓN | Ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Toli Huila |
| SITUACIÓN LABORAL | Estudiante | NIVEL EDUCATIVO | Universitario | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | TELÉFONO CELULAR | 3186302707 | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | renuto@Gmail.com | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Cra 11 #756 | | ZONA | Urbana | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | Ciudad San Pedro | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Gina Paola Trujillo | TELÉFONO CELULAR | 3124775750 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Periferico | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 2 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | | | | 1 | | | | | | 1 | | | | | | |

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60' | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | Asistir al Grupo A.F |
| 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | | | | | | | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | |
|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada |

**3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO**

| | |
|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 4 |

**3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 2 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 8 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Excelente |

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | Estudiar | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | |
| 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MEDICIONES ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 63 | TALLA | 157 | IMC | 25,4 | CLASIFICACIÓN | Sobrepeso | PERÍMETRO DE CINTURA | 60 | CLASIFICACIÓN | normal |

**4. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y FOTOGRÁFICO**

| | |
|---|---|
| **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgo cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X |
| **AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS:** Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X |
| **AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO:** Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X |

**FIRMAS**

| | | |
|---|---|---|
| • Renata Cuevas T. | | Oscar Ivan Trujillo Ocampo |
| **PARTICIPANTE** | | |
| NOMBRE COMPLETO: Renata Cuevas T | NOMBRE COMPLETO: | NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO: 1004304888 | NÚMERO DE DOCUMENTO: | NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos · Risaralda | **PROCESO:** FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | **Versión:** 4 |
| | **FORMATO:** FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | **CÓDIGO:** FD-FR-054 |
| | | **Fecha:** 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 06/04/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | P. Principal | TIPO DE GRUPO | regular | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | P. Principal | | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P. Principal | ESCENARIO | P. Principal | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3133537605 | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Gisela Pardomo Albino | SEXO | Mujer | FECHA DE NACIMIENTO | 13/11/80 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26.607675 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | GRUPO ÉTNICO | ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | ninguno | CONDICIÓN | ninguno | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Contributivo | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Sanitas |
| SITUACIÓN LABORAL | Trabajar | NIVEL EDUCATIVO | Profesional | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | TELÉFONO CELULAR | 3133537605 | | |
| TELÉFONO FIJO | — 6 — | CORREO ELECTRÓNICO | GisPA@hotmail.com | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Calle 5 #6-33 | ZONA | Urbana | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | La victoria | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Juan Jacob | TELÉFONO CELULAR | 3133866057 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Periodico | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 2 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | |

| 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE | | | | | | 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | | 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 2 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60' | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | Adulto al Grupo A.F | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

| 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE | | 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO | | 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL | | | | | | 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 1 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 2 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 2 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |

| 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO | | 3.6. MORBILIDAD REPORTADA | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |

| 3.6. MORBILIDAD REPORTADA | | | | | | | | | | 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Bueno | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | Trabajo | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | PESO | 75 | TALLA | 164 | IMC | 28.19 | CLASIFICACIÓN | Sobrepeso | PERÍMETRO DE CINTURA | 80 | CLASIFICACIÓN | normal | |

| | |
|---|---|
| **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X |
| **AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS:** Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X |
| **AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO:** Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X |

| | | |
|---|---|---|
| | | Oscar Ivan Trujillo Ocampo |
| NOMBRE COMPLETO | Gisela Pardomo | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26.607675 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| El deporte es de todos Minideporte | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 25/04/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | Parque Principal | | | TIPO DE GRUPO | Regular | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | Parque Principal |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | Parque Principal | ESCENARIO | Parque Principal | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3153570604 | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Gisselle Tatiana Rojas Mejia | SEXO | MUJER | FECHA DE NACIMIENTO | 20/02/90 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082214971 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | GRUPO ÉTNICO | NINGUNO | | |
| DISCAPACIDAD | NINGUNA | CONDICIÓN | NINGUNA | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Contributivo | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Sanitas |
| SITUACIÓN LABORAL | Trabajar | NIVEL EDUCATIVO | Profesional | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | | TELÉFONO CELULAR | 315 3570604 |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Cra 7 # 2-07 | | | ZONA | Urbana |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | Los Mercados | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Alirio Rojas | TELÉFONO CELULAR | 3153570604 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Perifoneo | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | |

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60' | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | asistra al Grupo AF |
| 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | | | | | | | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | MODERADA | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 4 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 |
| 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO | | |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 8 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO |
| 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | | |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Excelente |

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | NINGUNA | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PESO | 64.6 | TALLA | 1.69 | IMC | 22.61 | CLASIFICACIÓN | normal | PERÍMETRO DE CINTURA | 94 | CLASIFICACIÓN | RIESGO |

**CONSENTIMIENTO INFORMADO:** manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, exemo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. X

**AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS:** Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. X

**AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO:** Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. X

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Gisselle Tatiana Rojas | | | Oscar Ivan Trujillo Ocampo | | |
| NOMBRE COMPLETO | Gisselle Tatiana | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082214971 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
|---|---|---|
| El deporte es de todos | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 20/04/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | | NOMBRE DEL GRUPO | Parque Principal | | TIPO DE GRUPO | regular | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | P. Principal |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P. Principal | | ESCENARIO | P. Principal | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3138160244 | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Lina marcela Ramirez Goano | | SEXO | Mujer | FECHA DE NACIMIENTO | 29/05/91 | | TIPO DE DOCUMENTO | CC |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1076508138 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | colombiana | | | GRUPO ÉTNICO | ninguno |
| DISCAPACIDAD | ninguno | CONDICIÓN | ninguno | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | comfamiliar |
| SITUACIÓN LABORAL | Estudiante | NIVEL EDUCATIVO | Universitario | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 1 | | | TELÉFONO CELULAR | 3138160244 |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | Linaramirez29@gmail.com | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Calle 3 # 5-23 | | | ZONA | Urbana |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | Los Mocodos | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Yina Goano | TELÉFONO CELULAR | 3138160244 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Periferico | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | | | | | | | 1 | | | 1 | | | | | | |

**3.1. ACTIVIDAD FISICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

**3.2. ACTIVIDAD FISICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60' | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | asistir al Grupo A, I | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

**3.2. ACTIVIDAD FISICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 2 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 2 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO** / **3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 8 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA** / **3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 8. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | excelente | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | PESO | 59.3 | TALLA | 164 | IMC | 27.4 | CLASIFICACIÓN | Sobrepeso | PERÍMETRO DE CINTURA | 90 | CLASIFICACIÓN | RIESGO |

| | |
|---|---|
| **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X |
| **AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS:** Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X |
| **AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO:** Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X |

| | | |
|---|---|---|
| Lina Marcela Ramirez | | Oscar Ivan Trujillo Ocampo |
| NOMBRE COMPLETO: Lina Ramirez | NOMBRE COMPLETO: | NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO: 1076508138 | NÚMERO DE DOCUMENTO: | NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

PROCESO:

FORMATO:

FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL

FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS

Versión: 4
CÓDIGO: FD-FR-054
Fecha: 19/07/2021

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 06/03/22 | DEPARTAMENTO | Huila | MUNICIPIO | Yaguara | ROL CONTRACTUAL | Monitor Profesional | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | Oscar Ivan Tyrllo |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1082215328 | NOMBRE DEL GRUPO | P. Principal | | | TIPO DE GRUPO | Regular | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P. Principal | ESCENARIO | P. Principal | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | | 319 285 3737 | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | María Eugenia Pava L | SEXO | F | | | FECHA DE NACIMIENTO | 12-04-1966 | TIPO DE DOCUMENTO | CC |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 31953292 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | | Colombiana | | GRUPO ÉTNICO | ninguno |
| DISCAPACIDAD | ninguna | CONDICIÓN | ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS |
| SITUACIÓN LABORAL | Ama de Hogar | NIVEL EDUCATIVO | Bachiller | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | | 1 | | TELÉFONO CELULAR | 319 285 3737 |
| TELÉFONO FIJO | 3192853737 | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | | Calle 12 # 8-10 | | ZONA | Urbana |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | La Merced | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Carlos Antonio | TELÉFONO CELULAR | 3192853737 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | | Periódico | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | Si | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 21 |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | 2 |
| | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | | 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuantos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuanto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60' |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | caminar al Grupo A.F | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | | 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 3 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "porciones" de fruta consumió en el día? | 2 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "porciones" de verduras consumió en el día? | 2 |

### 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. A usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | No | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuantos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO | 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?, | NO |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

### 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | BUENO | 11. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | ninguna | 12. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 13. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | PESO | 72 | TALLA | 1.60 | IMC | 28.8 | CLASIFICACIÓN | Sobrepeso | PERÍMETRO DE CINTURA | 94 | CLASIFICACIÓN | 17.05.90 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; mi mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FILMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover o divulgar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, atendiendo de las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas | X | |

## 6. FIRMAS

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | María Eugenia Pava | Oscar Ivan Tyrllo Campo |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | María Eugenia Pava | Oscar Ivan Tyrllo 1082211328 |

FIRMA DEL CONTRATISTA / USUARIO

FIRMA DEL ARTICULADOR DE LA ESTRATEGIA DE ACTIVIDAD FÍSICA HEVS

Scanned by TapScanner

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS

Versión: 4 | CÓDIGO: FD-FR-054 | Fecha: 19/07/2021

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 03/03/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | monitor profesional | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | Oscar Ivan Trujillo D |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1082215328 | NOMBRE DEL GRUPO | Parque Principal | | | TIPO DE GRUPO | regular | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | P. Principal |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P. Principal | ESCENARIO | P. Principal | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | | 3203705392 | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Daniela Yustres | Garcia | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 11-06-1999 | TIPO DE DOCUMENTO | CC. | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082217163 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | | GRUPO ÉTNICO | Ninguno | |
| DISCAPACIDAD | Ninguna | CONDICIÓN | Ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Contributivo | NOMBRE DE LA EAPS/EPS | Asmet salud |
| SITUACIÓN LABORAL | Trabajar | NIVEL EDUCATIVO | Profesional | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | | TELÉFONO CELULAR | 3203705392 |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | Yustresdaniz@hotmail.com | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Calle 4 N2-02 | | | ZONA | Urbana |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | San Vicente | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Arbey Araujo | TELÉFONO CELULAR | 3209745034 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Peri Zona | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | 3 |
| | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 | | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante el menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |
|---|---|---|---|---|---|

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 5 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60 | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | asistir al Grupo A.F | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | MODERADA |
|---|---|

### 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 6 |
|---|---|

### 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 2 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |
|---|---|---|---|---|---|

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |
|---|---|---|---|

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 |
|---|---|

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | No | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | EXCELENTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

### 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | NINGUNA | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿que tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |
|---|---|---|---|---|---|

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 56 | TALLA | 153 | IMC | 23.92 | CLASIFICACIÓN | normal | PERÍMETRO DE CINTURA | 78 | CLASIFICACIÓN | normal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre los mismos. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

## 6. FIRMAS

| | | |
|---|---|---|
| Daniela Yustres Garcia | | Oscar Ivan Trujillo Campo |
| NOMBRE COMPLETO: Daniela Yustres Garcia | FIRMA GESTOR/A INSTITUCIONAL | NOMBRE COMPLETO: Oscar Ivan Trujillo D |
| NÚMERO DE DOCUMENTO: 1082217163 | NOMBRE COMPLETO / NÚMERO DE DOCUMENTO | FIRMA DEL ARTICULADOR DE LOS HEVS / NOMBRE COMPLETO / NÚMERO DE DOCUMENTO: 1082215328 |

Scanned by TapScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| El deporte es de todos · Mindeporte | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 16/03/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR JUAN TRUJILLO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1082215328 | NOMBRE DEL GRUPO | P. PRINCIPAL | | | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | P. PRINCIPAL |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | LA TRINIDAD | ESCENARIO | P. PRINCIPAL | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3133314821 | | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | SANDRA MILENA ALVARADO C | SEXO | MUJER | FECHA DE NACIMIENTO | 13/01/87 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082214300 | PAÍS DE NACIMIENTO | COLOMBIA | NACIONALIDAD | COLOMBIANA | GRUPO ÉTNICO | NINGUNA | | |
| DISCAPACIDAD | NINGUNA | CONDICIÓN | NINGUNA | ORIENTACIÓN SEXUAL | HETEROSEXUAL | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Subsidiada | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Asmetsalud |
| SITUACIÓN LABORAL | TAREAS DEL HOGAR | NIVEL EDUCATIVO | PROFESIONAL | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | | TELÉFONO CELULAR | 313 3314821 |
| TELÉFONO FIJO | | CORREO ELECTRÓNICO | sandramcquenca@hotmail.com | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | CRA 5 #1-80 | | | ZONA | UBBANA |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | LA TRINIDAD | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | CELULAR | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | GINA MARIA ALVARADO CUENCA | TELÉFONO CELULAR | 3215537905 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | PERIFONEO | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | 1 |
| | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 5 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60 | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | CAMINATA | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | MODERADA | | | | | | | | |

### 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 6 | | | | | | | | |

### 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | | | | |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO | 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 6 | | | | |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO |
| 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | EXCELENTE |

### 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | NINGUNA | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

### 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

| PESO | 62. | TALLA | 1.68 | IMC | 34.6 | CLASIFICACIÓN | SOBREPESO | PERÍMETRO DE CINTURA | 68 | CLASIFICACIÓN | NORMAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | | |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

## 6. FIRMAS

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR (A) TERRITORIAL HEVS | | FIRMA DEL PROFESIONAL / MONITOR (A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Sandra Milena Alvarado C. | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | Oscar Juan Trujillo Ocampo |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082.214300 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082215328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos Mindeporte | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 07/02/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA' | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | Oscar Iván Trujillo Campo |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1092215328 | NOMBRE DEL GRUPO | P. PRINCIPAL | | | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | P. PRINCIPAL |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P. PRINCIPAL | ESCENARIO | P. PRINCIPAL | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3104520651 | | |

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | MARICLA VANEGAS SEGURA | | | SEXO | MUJER | FECHA DE NACIMIENTO | 12/06/68 | TIPO DE DOCUMENTO | CC |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 51922764 | PAÍS DE NACIMIENTO | COLOMBIA | NACIONALIDAD | COLOMBIANA | GRUPO ÉTNICO | NINGUNO | | |
| DISCAPACIDAD | NINGUNO | CONDICIÓN | NINGUNA | ORIENTACIÓN SEXUAL | HETEROSEXUAL | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Subsidiada | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Asmetsalud |
| SITUACIÓN LABORAL | TAREAS DEL HOGAR | NIVEL EDUCATIVO | PRIMARIA | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | | TELÉFONO CELULAR | 3114520651 |
| TELÉFONO FIJO | | CORREO ELECTRÓNICO | —0— | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | CALLE 1 SUR # 9-78 | | | ZONA | URBANA |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | EL JARDIN | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | CELULAR | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | EUCLIDES MONTENEGRE | TELÉFONO CELULAR | 3134882618 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | PERIFONEO | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 21 |

**2. DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 2 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | | | | | | | | | 1 | 1 | | | | | | |

**3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)**

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60 | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | ASISTIR AL GRUPO A.F |
| 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | | | | | | | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | |
|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | MODERADA |

**3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO**

| | |
|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 4 |

**3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | SI | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | SI |
| 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | | | | |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | |
| 10. Diría que su estado de salud es | BUENO | | | | |

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | NINGUNA | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 75 | TALLA | 160 | IMC | 29.30 | CLASIFICACIÓN | Sobrepeso | PERÍMETRO DE CINTURA | 80 | CLASIFICACIÓN | Riesgo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**
Marque una sola opción (X) SI o NO, según la respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

**6. FIRMAS**

| FIRMA DEL USUARIO (A) | FIRMA GESTOR(A) DEPORTIVO(A) | FIRMA DEL ARTICULADOR(A) HEVS Y/O MONITOR(A) Y/O PROMOTOR(A) |
|---|---|---|
| Maricla Vanegas. | | Oscar Iván Trujillo Campo |
| NOMBRE COMPLETO: Maricla Vanegas S. | NOMBRE COMPLETO: | NOMBRE COMPLETO: Oscar Iván Trujillo |
| NÚMERO DE DOCUMENTO: 51922764 | NÚMERO DE DOCUMENTO: | NÚMERO DE DOCUMENTO: 1092215328 |

Scanned by TapScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 7-02-2022 | DEPARTAMENTO | Huila | MUNICIPIO | Yaguará | ROL CONTRACTUAL | Monitor Profesional | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | Oscar Ivan Trujillo |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1082215328 | NOMBRE DEL GRUPO | Parque Principal | | | TIPO DE GRUPO | Parque Principal | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | PARQUE PRINCIPAL |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | PARQUE PRINCIPAL | ESCENARIO | Parque Principal | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP) | | # 3203457978 | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Luisa Fernanda Perdomo Rojas | SEXO | Mujer | FECHA DE NACIMIENTO | 3-02-1977 | TIPO DE DOCUMENTO | Cédula | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26.607.417 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | GRUPO ÉTNICO | Ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | Ninguna | CONDICIÓN | Ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Asmetsalud |
| SITUACIÓN LABORAL | Empleada | NIVEL EDUCATIVO | primaria | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | uno | TELÉFONO CELULAR | 3203457978 | | |
| TELÉFONO FIJO | | CORREO ELECTRÓNICO | perdomoluisa227@gmail.com | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Calle 1ª #7-52 | ZONA | Urbana | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | B. Las Mercedes | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Yina Marcela Jovel | TELÉFONO CELULAR | 3209757481 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Perifoneo | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | Si | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 2021 |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 4 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | | | | | | | | | 1 | 1 | | | | | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FISICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | Si | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 5 | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | 1hr 20' |

### 3.2. ACTIVIDAD FISICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | Si | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 5 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 1hr 20' | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | Caminar | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FISICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | Media | 7. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 3hr | 8. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 3 | 9. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 2 | 10. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | No |

### 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

### 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 11. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | No | 12. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | No | 13. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 4hr | | | | |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | No | 15. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto? | No | 16. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | No | 17. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | No | 18. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | No |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

### 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 19. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | No | 20. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | Si | 21. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | Cáncer | 22. Diría que su estado de salud es | Bueno | 23. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | Ninguna |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

### 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 24. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 25. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 | | | | | | |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | PESO | 65 | TALLA | 1.58 | IMC | 61.4 | CLASIFICACIÓN | Sobrepeso | PERÍMETRO DE CINTURA | 72 | CLASIFICACIÓN | Normal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física así mismo en mi cuidado de accidentes de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre los mismos. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual referente a los recorridos, eventos y espectáculos de los comunicados respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la salud de vida, bienestar y salud de las personas | X | |

## 6. FIRMAS

| | | |
|---|---|---|
| Luisa Fernanda Perdomo | | Oscar Ivan Trujillo Ocampo |
| FIRMA DEL USUARIO: Luisa Fda. Perdomo | FIRMA ACUDIENTE: | FIRMA ARTICULADOR: Oscar Ivan Trujillo Ocampo |
| NOMBRE COMPLETO: | NOMBRE COMPLETO: | NOMBRE COMPLETO: Oscar Ivan Trujillo Ocampo |
| NÚMERO DE DOCUMENTO: 26607417 | NÚMERO DE DOCUMENTO: | NÚMERO DE DOCUMENTO: 1082215328 |

Scanned by TapScanner

El deporte es de todos · Mindeporte

| PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
|---|---|
| FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 7/02/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESSIONAL | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR JUAN TRUJILLO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1082215328 | NOMBRE DEL GRUPO | PARQUE PRINCIPAL | | | TIPO DE GRUPO | | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | PARQUE PRINCIPAL | ESCENARIO | PARQUE PRINCIPAL | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3148429178 | | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | BELQUIN FIERRO GAITAN | SEXO | MUJER | FECHA DE NACIMIENTO | 19/11/66 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26606819 | PAÍS DE NACIMIENTO | COLOMBIA | NACIONALIDAD | COLOMBIANA | GRUPO ÉTNICO | NINGUNO | | |
| DISCAPACIDAD | NINGUNA | CONDICIÓN | NINGUNA | ORIENTACIÓN SEXUAL | HETEROSEXUAL | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | SUBSIDIADO | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | ASMETSALUD |
| SITUACIÓN LABORAL | TAREAS DEL HOGAR | NIVEL EDUCATIVO | SECUNDARIA | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | TELÉFONO CELULAR | 3148429178 | | |
| TELÉFONO FIJO | | CORREO ELECTRÓNICO | belquisfierro.BF66@ | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | CALLE 5B #6A-12 | ZONA | URBANA | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | Francisco Gomez Quintero | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | CELULAR | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | MARIA YURANI FIERRO | TELÉFONO CELULAR | 3134031463 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | PERIFONEO | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 2021 |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | 2 |
| | | | | | | | | | | | | 1 | 1 | | | | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |
|---|---|---|---|---|---|

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 5 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60 | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | ASISTIR AL GRUPO A.F | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | MODERADA |
|---|---|

### 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 3 |
|---|---|

### 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |
|---|---|---|---|---|---|

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |
|---|---|---|---|

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 |
|---|---|

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | CARDIOVASCULAR | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | CARDIOVASCULAR | 10. Diría que su estado de salud es | EXCELENTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

### 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | NINGUNA | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |
|---|---|---|---|---|---|

## 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

| PESO | 65 | TALLA | 1.52 | IMC | 28.13 | CLASIFICACIÓN | SOBREPESO | PERÍMETRO DE CINTURA | 90 | CLASIFICACIÓN | RIESGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

## 6. FIRMAS

| FIRMA DEL USUARIO (A) | FIRMA GESTOR(A) DEL PROGRAMA HEVS | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) / MONITOR (A) / ENTRENADOR (A) |
|---|---|---|
| Belquis Fierro | | Oscar Juan Trujillo Ocampo |
| NOMBRE COMPLETO: Belquis Fierro | NOMBRE COMPLETO: | NOMBRE COMPLETO: Oscar Juan Trujillo Ocampo |
| NÚMERO DE DOCUMENTO: 26606819 | NÚMERO DE DOCUMENTO: | NÚMERO DE DOCUMENTO: 1082215328 |

Scanned by TapScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | | Fecha: 15/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 07-02-22 | DEPARTAMENTO | Huila | MUNICIPIO | Yaguará | ROL CONTRACTUAL | Monitor Profesional | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | Oscar Iván Trujillo |
| NUMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1082215328 | NOMBRE DEL GRUPO | Parque Principal | | | TIPO DE GRUPO | Regular | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | Parque Principal |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | Parque Principal | ESCENARIO | Parque Principal | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP) | 3133632261 | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Omaira Montaña | | SEXO | Femenino | FECHA DE NACIMIENTO | 24-07-83 | | TIPO DE DOCUMENTO | CC |
| NUMERO DE DOCUMENTO | 1082214027 | PAIS DE NACIMIENTO | Neiva | NACIONALIDAD | Colombia | | | GRUPO ETNICO | Ninguno |
| DISCAPACIDAD | Ninguna | CONDICIÓN | Ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Asmetsalud |
| SITUACION LABORAL | Ama de casa | NIVEL EDUCATIVO | Primaria | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 1 | | | TELEFONO CELULAR | 3133632261 |
| TELEFONO FIJO | | CORREO ELECTRONICO | | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | CRA 2 # 2-25 | | | ZONA | Urvana |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | Parque Principal | VIA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELEFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Mamá | TELÉFONO CELULAR | 3107817721 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Periodico | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | Si | DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 2020 |

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NUMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 4 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | |

**3.1. ACTIVIDAD FISICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monto en bicicleta o camino para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | Si | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 5 | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. monto diariamente en bicicleta o camino para desplazarse de un lugar a otro? | 1 Hora |
|---|---|---|---|---|---|

**3.2. ACTIVIDAD FISICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | Si | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 5 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 1 Hora | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | Trotar | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cual otra actividad física practica en el tiempo libre? | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**3.2. ACTIVIDAD FISICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| 6. ¿A que intensidad realizo la actividad física? | M |
|---|---|

**3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO**

| 1. ¿Durante los ultimos 7 días cuanto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 1 Hora |
|---|---|

**3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL**

| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "porciones" de fruta consumio en el día? | 5 | 2. ¿Durante los ultimos 7 días cuantas "porciones" de verduras consumió en el día? | 3 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez esta lista para consumir y antes de probarla? | NO |
|---|---|---|---|---|---|

**3.5. HABITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los ultimos 7 días, ¿durante cuantos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |
|---|---|---|---|

**3.5. HABITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| 3. En los ultimos 7 días, ¿cuanto tiempo durmió en promedio en la noche? | 8 Horas |
|---|---|

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| 1. ¿Alguna vez le ha dicho un medico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un medico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azucar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su medico le ha informado que tiene alguna condición medica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azucar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los ultimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestion nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, perdida del gusto y del olfato? | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| 7. ¿Tuvo diagnostico POSITIVO para COVID-19 en los dos ultimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cual enfermedad o condicion de salud presenta? | | 10. Diria que su estado de salud es | B |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| 1. ¿Cual es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | N | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cual otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿que tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |
|---|---|---|---|---|---|

| PESO | 50 | TALLA | 1.49 | IMC | 24.00 | CLASIFICACION | Delgadez | PERIMETRO DE CINTURA | 68 | CLASIFICACION | normal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, exonero al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre los mismos. X

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS. Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. X

AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FILMICO Y/O FOTOGRAFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. X

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Omaira Montaña | | | Oscar Iva. Trujillo Ramos | | |
| NOMBRE COMPLETO | Omaira Montaña | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | Oscar Ivan Trujillo |
| NUMERO DE DOCUMENTO | 1082214027 | NUMERO DE DOCUMENTO | | NUMERO DE DOCUMENTO | 1082215328 |

Scanned by TapScanner

| | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
|---|---|---|
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 07/02/22 | DEPARTAMENTO | Huila | MUNICIPIO | Yaguará | ROL CONTRACTUAL | Monitor Profesional | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | Oscar Juan Trujillo |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1082205328 | NOMBRE DEL GRUPO | P. Principal | | | TIPO DE GRUPO | Regular | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P. Principal | ESCENARIO | P. Principal | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | | 3124775730 | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | María Ester Hernandez Carvajal | SEXO | MUJER | FECHA DE NACIMIENTO | 28-07-54 | TIPO DE DOCUMENTO | C.C. | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26606398 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | GRUPO ÉTNICO | N.A. | | |
| DISCAPACIDAD | — o — | CONDICIÓN | — o — | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Emcosalud |
| SITUACIÓN LABORAL | Pensionada | NIVEL EDUCATIVO | Universitaria | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | | TELÉFONO CELULAR | 3124775730 |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | No tiene | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Calle 3 # 6-68 | | | ZONA | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | B. La Milagrosa | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | 312-5445218 | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | [illegible] | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | [illegible] |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Yina Paola Trujillo | TELÉFONO CELULAR | 3124775730 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | No | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 2 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | | | | | | | | | 1 | 1 | | | | | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | Si | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60 | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | Asistir al grupo A.F | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | Moderada | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 2 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |

### 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

### 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO | 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 8 | | | | |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto? | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

### 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Bueno | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | Ninguna |

### 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CLASIFICACIÓN ANTROPOMÉTRICA | PESO | 68 | TALLA | 144 | IMC | 32.79 | CLASIFICACIÓN | Obesidad 1 | PERÍMETRO DE CINTURA | 99 |

CLASIFICACIÓN: 11050

## 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

| | | |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre los mismos. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas | X | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | María Ester H.C. | | | Oscar Juan Trujillo Ocampo | |
| NOMBRE COMPLETO | María Ester Hernandez Carvajal | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | Oscar Juan Trujillo |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26606398 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082205328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos | **PROCESO:** FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | **Versión:** 4 |
| | **FORMATO:** FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | **CÓDIGO:** FD-FR-054 |
| | | **Fecha:** 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 9/03/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARÁ | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TREJULLO |
| NUMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1082215328 | NOMBRE DEL GRUPO | HEVS PARQUE PRINCIPAL | | | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | PARQUE PRINCIPAL |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | PARQUE PRINCIPAL | ESCENARIO | PARQUE PRINCIPAL | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | | 3002961148 | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | DAYANA ALEJANDRA ACUÑA C | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 22/03/2002 | TIPO DE DOCUMENTO | Cc | | |
| NUMERO DE DOCUMENTO | 1004305222 | PAÍS DE NACIMIENTO | COLOMBIA | NACIONALIDAD | COLOMBIANA | GRUPO ETNICO | NINGUNO | | |
| DISCAPACIDAD | NINGUNA | CONDICIÓN | NINGUNA | ORIENTACIÓN SEXUAL | HETEROSEXUAL | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | CONTRIBUTIVO | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | COMFAMILIAR |
| SITUACIÓN LABORAL | TRABAJAR | NIVEL EDUCATIVO | UNIVERSITARIO | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | | TELÉFONO CELULAR | 3002961148 |
| TELÉFONO FIJO | | CORREO ELECTRÓNICO | DAA@hotmail.co | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | CARRERA 11 #7-138 | | | ZONA | URBANA |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | CIUDADELA | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | CELULAR | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | OSCAR ACUÑA | TELÉFONO CELULAR | 3008464022 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | PERIFONEO | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NUMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 4 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | | | | | | | 2 | | 1 | 1 | | | | | | |

**3.1. ACTIVIDAD FISICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |
|---|---|---|---|---|---|

**3.2. ACTIVIDAD FISICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 2 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60 | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | CAMINAR | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cual otra actividad física practica en el tiempo libre? | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| 3.2. ACTIVIDAD FISICA EN EL TIEMPO LIBRE | | 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO | | 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL | | | | | | 3.5. HABITOS DE TABACO Y SUEÑO | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | MODERADA | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 8 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 7 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 2 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | 2 | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuantos de estos días hubo alguien en su casa que fumo en su presencia? | NO |

| 3.5. HABITOS DE TABACO Y SUEÑO | | 3.6. MORBILIDAD REPORTADA | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 6 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |

| 3.6. MORBILIDAD REPORTADA | | | | | | | | 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cual enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | EXCELENTE | 1. ¿Cual es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al ménos 60 minutos? | TIEMPO | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cual otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿que tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? 10 |

| * MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 54 | TALLA | 155 | IMC | 52.2 | CLASIFICACIÓN | SOBREPESO | PERIMETRO DE CINTURA | 80 | CLASIFICACIÓN | NORMAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**CONSENTIMIENTO INFORMADO:** manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.

**AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS:** Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.

**AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FILMICO Y/O FOTOGRÁFICO:** Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

| Dayana Acuña | | Oscar Ivan Trejillo Ocampo |
|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO - Dayana Acuña | NOMBRE COMPLETO | NOMBRE COMPLETO Oscar Ivan Trejillo Ocampo |
| NÚMERO DE DOCUMENTO - 1004305222 | NÚMERO DE DOCUMENTO | NÚMERO DE DOCUMENTO 1082215328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 04/03/22 | DEPARTAMENTO | Huila | MUNICIPIO | Yaguará | ROL CONTRACTUAL | monitor Profesional | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | Oscar Jhon Trujillo D |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 10 82215328 | NOMBRE DEL GRUPO | Parque Principal | | | TIPO DE GRUPO | regular | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | P. Principal |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P. Principal | ESCENARIO | P. Principal | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | | 3168213440 | |

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Claudia Jimena Tovar | SEXO | F | Mujer | FECHA DE NACIMIENTO | 15/05/1970 | TIPO DE DOCUMENTO | C.C | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26607143 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | GRUPO ÉTNICO | ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | ninguno | CONDICIÓN | ninguno | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Subsidio | NOMBRE DE LA EAPS/EPS | Nueva EPS |
| SITUACIÓN LABORAL | Desempleada | NIVEL EDUCATIVO | Técnico | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | | TELÉFONO CELULAR | 3168213440 |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | jimenatovarie@hotmail.com | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | cra 3 # 2-27 | | | ZONA | Urbana |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | Santa barbara | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | correo Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Lizeth Fda Rocha | TELÉFONO CELULAR | 3182422817 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Personal | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | Sí | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | 0 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 14 AÑOS)

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | Sí | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 2 | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | 20' |

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | Sí | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 1 H | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | Fuerza | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | Aeróbicos |

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 3 H | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 2 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 2 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | Sí | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO |

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | 0 | 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 8 Hrs | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto? | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO |

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Bueno |

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | Tiempo | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 8 |

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

| PESO | 49 | TALLA | 1.50 | IMC | 21,78 | CLASIFICACIÓN | normal | PERÍMETRO DE CINTURA | 74 | CLASIFICACIÓN | normal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (X) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, así mismo en mi calidad de asistente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, exime al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de las necesidades, intereses y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

6. FIRMAS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Claudia Jimena Tovar | | | Oscar Jhon Trujillo Duarte | | |
| FIRMA GESTOR(A) DE ACTIVIDAD FÍSICA | | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS YAG, ESCENTURIA, [illegible] TORIA) HEVS | | |
| NOMBRE COMPLETO | 0 | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | Oscar Jhon Trujillo |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 0 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 10822153 28 |

Scanned by TapScanner

| | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
|---|---|---|
| El deporte es de todos Mindeporte | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 04/04/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | Parque Principal | TIPO DE GRUPO | regular | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | P. Principal | | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P. Principal | ESCENARIO | P. Principal | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3134010574 | | | | |

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | dimary maria barreto | | SEXO | Mujer | FECHA DE NACIMIENTO | 21/12/1971 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | |
| NUMERO DE DOCUMENTO | 26607153 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | colombiana | | GRUPO ÉTNICO | ninguno | |
| DISCAPACIDAD | Visual | CONDICIÓN | ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Sanitas |
| SITUACIÓN LABORAL | Tareas del Hogar | NIVEL EDUCATIVO | Profesional | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | TELÉFONO CELULAR | 313 401 0574 | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Cra 6 # 3-28 sur | | ZONA | Urbana | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | Vereda Flandes | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Guillermo Vega | TELÉFONO CELULAR | 3102682680 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Portones | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

**2. DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | 4 |
| | | | | | | | | | | 2 | | 1 | 1 | | | | | |

**3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)**

**3.1. ACTIVIDAD FISICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

**3.2. ACTIVIDAD FISICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60' | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | caminar 1 vez a la semana |
| 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | | | | | | | |

**3.2. ACTIVIDAD FISICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderado | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 3 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO |
| 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO | | | | | | | | | | |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | No | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO |
| 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | | | | | | | | | | |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA** — **3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Excelente | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | ninguno | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | |
| 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 | | | | | | | | | | |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 51.5 | TALLA | 1.64 | IMC | 18,69 | CLASIFICACIÓN | normal | PERÍMETRO DE CINTURA | 70 | CLASIFICACIÓN | normal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FILMICO Y/O FOTOGRÁFICO**
Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

**6. FIRMAS**

| FIRMA DEL USUARIO (A) | FIRMA GESTOR(A) o FACILITADOR(A) HEVS | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS VAS, MONITOR(A) HEVS o PROMOTOR(A) HEVS |
|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO: dimary barreto | NOMBRE COMPLETO: | NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NUMERO DE DOCUMENTO: 26607153 | NUMERO DE DOCUMENTO: | NUMERO DE DOCUMENTO: 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos · Mindeporte | **PROCESO:** FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL<br>**FORMATO:** FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | **Versión:** 4<br>**CÓDIGO:** FD-FR-054<br>**Fecha:** 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 04/04/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | P. Principal | TIPO DE GRUPO | regular | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | | | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P. Principal | ESCENARIO | P. Principal | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP) | 312543 9954 | | | | |

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Maria Alejandra Garcia | SEXO | Mujer | FECHA DE NACIMIENTO | 27/02/92 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1083215824 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | colombiana | GRUPO ÉTNICO | ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | ninguna | CONDICIÓN | ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Comfamiliar |
| SITUACIÓN LABORAL | Trabajar | NIVEL EDUCATIVO | Profesional | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | TELÉFONO CELULAR | 3125439954 | | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Cra 4 # 6-47 | ZONA | urbana | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | la mochila | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Gloria monje | TELÉFONO CELULAR | 3212875810 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Portafonos | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 21 |

**2. DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | 3 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)**

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60" | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | Asistir al Grupo AF | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | Moderado | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 2 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 0 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 9 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA** / **3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Excelente | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | Ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 50 | TALLA | 1.61 | IMC | 19.29 | CLASIFICACIÓN | Normal | PERÍMETRO DE CINTURA | 70 | CLASIFICACIÓN | normal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**
Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

**6. FIRMAS**

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR(A) o FACILITADOR(A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS VAS, MONITOR(A) HEVS o PROMOTOR(A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Maria Alejandra Garcia | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1083215824 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

El deporte es de todos | Mindeporte

| PROCESO: | FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
|---|---|---|
| FORMATO: | FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 06/04/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | | NOMBRE DEL GRUPO | Parque Principal | | TIPO DE GRUPO | regular | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | P. Principal |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P. Principal | | ESCENARIO | P. Principal | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3208279962 | | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Maria Camila rivas camacho | SEXO | Mujer | FECHA DE NACIMIENTO | 27/09/41 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082215133 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | colombiana | GRUPO ÉTNICO | ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | ninguna | CONDICIÓN | ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Contributivo | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Sanitas |
| SITUACIÓN LABORAL | Trabajar | NIVEL EDUCATIVO | Profesional | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | | TELÉFONO CELULAR | 329 827 9962 |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Cra 7 # 3-67 | | | ZONA | Urbana |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | la milagrosa | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Maria Eugenia C. | TELÉFONO CELULAR | 3209530829 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Periferico | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | Si | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | 4 |
| | | | | 1 | | | | | | | | | 1 | | | 1 | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60' | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | caminar Gym Atl | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada | 7. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 4 | 8. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 9. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 10. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 11. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 12. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO | 13. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 | | | |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 15. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 16. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 17. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 18. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 19. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 20. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 21. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cual enfermedad o condición de salud presenta? | | 22. Diría que su estado de salud es | Bueno | |

### 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | PESO | 78 | TALLA | 1.72 | IMC | 26.37 | CLASIFICACIÓN | Sobrepeso | PERIMETRO DE CINTURA | 95 | CLASIFICACIÓN | Riesgo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo los recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

## 6. FIRMAS

| FIRMA DEL USUARIO (A) | FIRMA GESTOR(A) Y FACILITADOR(A) HEVS | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS Y/O MONITOR(A) HEVS O PROMOTOR(A) HEVS |
|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO: Maria Camila rivas | NOMBRE COMPLETO: | NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO: 1082215133 | NÚMERO DE DOCUMENTO: | NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos · Mindeporte | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL<br>FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | Versión: 4<br>CÓDIGO: FD-FR-054<br>Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 06/02/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | | NOMBRE DEL GRUPO | P. Principal | | TIPO DE GRUPO | regular | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P. Principal | | ESCENARIO | P. Principal | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 322 951 4333 | | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Maria Elena Ocampo Tovar | SEXO | Mujer | FECHA DE NACIMIENTO | 28/10/69 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26.606.991 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | colombiana | GRUPO ÉTNICO | ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | ninguna | CONDICIÓN | ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Comfamiliar |
| SITUACIÓN LABORAL | Trabajar | NIVEL EDUCATIVO | bachiller | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | | TELÉFONO CELULAR | 3229514333 |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | mariaocampo27@gmail.com | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | calle 1 #8-11 | | | ZONA | Urbana |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | los mercados | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Antonio Trujillo | TELÉFONO CELULAR | 3203079238 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Periodico | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | 2 |
| | | | | | | | | | | | | 1 | 1 | | | | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | No | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | Si | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60" | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | caminar al Grupo A-1 | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada | | | | | | | | |

### 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 2 | | |

### 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 2 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | No | | |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | No | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | No | | | | |
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 | | | | | | |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | Si | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | No | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | No | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | Si | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | No |
| 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | No | | | | | | | | |
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | No | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | No | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Bueno | | |

### 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | Trabajo | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

### 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

| PESO | 94.6 | TALLA | 1.59 | IMC | 37.18 | CLASIFICACIÓN | Obesidad 2 | PERÍMETRO DE CINTURA | 99 | CLASIFICACIÓN | Riesgo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

## 6. FIRMAS

| FIRMA DEL USUARIO(A) | FIRMA GESTOR(A) Y FACILITADOR(A) HEVS | FIRMA DEL ARTICULADOR(A) HEVS VAS, MONITOR(A) HEVS O PROMOTOR(A) HEVS |
|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO: Maria Ocampo | NOMBRE COMPLETO: | NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO: 26606991 | NÚMERO DE DOCUMENTO: | NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **PROCESO:** FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | | **Versión:** 4 |
| | **FORMATO:** FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | | **CÓDIGO:** FD-FR-054 |
| | | | **Fecha:** 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 06/02/22 | DEPARTAMENTO | Huila | MUNICIPIO | Yaguara | ROL CONTRACTUAL | monitor profesional | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | Oscar Ivan trujillo |
| NUMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1083015328 | NOMBRE DEL GRUPO | Parque Principal | | | TIPO DE GRUPO | Regular | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P. Principal | ESCENARIO | Polideportivo | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP) | 3203870160 | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Cefora Trujillo | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 19-Jun-1956 | TIPO DE DOCUMENTO | C.C. | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 36159005 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | GRUPO ÉTNICO | Ninguno. | | |
| DISCAPACIDAD | Ninguno. | CONDICIÓN | Ninguno. | ORIENTACIÓN SEXUAL | Mujer | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Subsidia | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Ecoopsos. |
| SITUACIÓN LABORAL | Trabajar. | NIVEL EDUCATIVO | Bachiller | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | | TELÉFONO CELULAR | 3203870160 |
| TELÉFONO FIJO | N/A | CORREO ELECTRONICO | N/A | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Clle 9#7B 31 | | | ZONA | Urbano. |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | BY Tunguruhua. | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular. | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Jaime Mosquera | TELÉFONO CELULAR | 3138803559 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Porton | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | Si. | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 2020. |

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NUMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | |

**3.1. ACTIVIDAD FISICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los ultimos 7 dias, ¿usted monto en bicicleta o camino para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | Si | 2. ¿Cuantos dias a la semana? | 3 | 3. ¿En esos dias, ¿cuanto tiempo Ud. monto diariamente en bicicleta o camino para desplazarse de un lugar a otro? | 15' |

**3.2 ACTIVIDAD FISICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los ultimos 7 dias, ¿usted realizo actividad fisica en su tiempo libre? | Si | 2. ¿Cuantos dias a la semana? | 3 | 3. En esos dias, ¿cuanto tiempo dedico diariamente a realizar actividad fisica en su tiempo libre? | 60' | 4. ¿Cual es la principal actividad fisica que practica en tiempo libre? | Sesiones grupales de AF. | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cual otra actividad fisica practica en el tiempo libre? |

**3.2. ACTIVIDAD FISICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | |
|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizo la actividad fisica? | Moderada |

**3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO**

| | |
|---|---|
| 1. ¿Durante los ultimos 7 dias cuanto tiempo paso sentado o recostado diariamente? | 150' |

**3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los ultimos 7 dias cuantas "porciones" de fruta consumio en el dia? | 1 | 2. ¿Durante los ultimos 7 dias cuantas "porciones" de verduras consumio en el dia? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez esta lista para consumir y antes de probarla? | No |

**3.5. HABITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | No | 2. Teniendo en cuenta los ultimos 7 dias, ¿durante cuantos de estos dias hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | No |

**3.5. HABITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los ultimos 7 dias, ¿cuanto tiempo durmio en promedio en la noche? | 8 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un medico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presion arterial alta (o hipertension arterial)? | No | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un medico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azucar en la sangre es alto? | No | 3. ¿Su medico le ha informado que tiene alguna condición medica que pueda empeorarse con la actividad fisica? | No | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | No | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azucar alta en la sangre? | No | 6. ¿Ha presentado en los ultimos 14 dias sintomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestion nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, perdida del gusto y del olfato? | No |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnostico POSITIVO para COVID-19 en los dos ultimos meses? | No | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | No | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cual enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diria que su estado de salud es | Bueno | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad fisica en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cual otra barrera? | |

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| | |
|---|---|
| 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿que tan capaz se siente de practicar actividad fisica en sesiones de grupos comunitarios de actividad fisica una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

**4. MEDIDAS ANTROPOMETRICAS**

| PESO | 69 | TALLA | 1.70 | IMC | 23.8 | CLASIFICACIÓN | normal | PERIMETRO DE CINTURA | 86 | CLASIFICACIÓN | Rodop |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FILMICO Y/O FOTOGRÁFICO**

| | | |
|---|---|---|
| **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promocion de actividad fisica de las cuales do manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la practica de actividad fisica; asi mismo en mi calidad de acudiente de _____ Asumo todos los riesgos asociados con la participacion en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS:** Conforme a la Politica de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FILMICO Y/O FOTOGRÁFICO:** Autorizo a tomar registro filmico y/o fotografico a traves de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servira como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, ademas de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad fisica. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el pais y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad fisica en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Cefora Trujillo | | Cristian Bonilla | | Oscar Ivan Trujillo Ocampo | |
| **FIRMA DEL USUARIO** | | **FIRMA DEL CONTRATISTA** | | **FIRMA DEL CONTRATISTA** | |
| **NOMBRE COMPLETO** | 0 | **NOMBRE COMPLETO** | | **NOMBRE COMPLETO** | 0 |
| **NUMERO DE DOCUMENTO** | 0 | **NUMERO DE DOCUMENTO** | | **NUMERO DE DOCUMENTO** | 0 |

Scanned by TapScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | | Fecha: 10/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 29-03-2022 | DEPARTAMENTO | Huila | MUNICIPIO | Yaguará | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | Oscar Iván Trujillo |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1082245328 | NOMBRE DEL GRUPO | PARQUE PRINCIPAL | | | TIPO DE GRUPO | Regular | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | PARQUE PRINCIPAL |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | PARQUE PRINCIPAL | ESCENARIO | PARQUE PRINCIPAL | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP) | 3124775730 | | |

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Yina Paola Trujillo Hernández | SEXO | F | Mujer | FECHA DE NACIMIENTO | 20-04-79 | TIPO DE DOCUMENTO | C.C. | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26607535 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | GRUPO ÉTNICO | Contributivo | | |
| DISCAPACIDAD | — • — | CONDICIÓN | Ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Emcosalud |
| SITUACIÓN LABORAL | Empleada | NIVEL EDUCATIVO | Universidad | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2. | TELÉFONO CELULAR | 3124775730 | | |
| TELÉFONO FIJO | — • — | CORREO ELECTRÓNICO | yipatruhe@hotmail.com | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Cra 11 # 7-56 | ZONA | urbana | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | Ciudadela San Pedro | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Juan Camilo Cuevas | TELÉFONO CELULAR | 317-8695572 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Perifoneo | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | X | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 2022. |

**2. DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | | | | | | 1 | | | 1 | | | | | | | | |

**3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)**

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | No | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 2 | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | 20 MIN |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | Si | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 1 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 1hr | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | caminar | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | suave | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 6hr | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | No |

**3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO**

**3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL**

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | No | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | 0 | 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 6hr | | | | |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | Si | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | No | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | No | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | No | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | No |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | No | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | No | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Bueno | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | TRABAJO |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 11. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 54 | TALLA | 1.52 | IMC | 25.54 | CLASIFICACIÓN | Sobrepeso | PERÍMETRO DE CINTURA | 81 | CLASIFICACIÓN |

| 2. Tuvo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | 0 | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 7 |
|---|---|---|---|
| 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | | Riesgo |

**4. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**
Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales se manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

**5. FIRMAS**

| | | |
|---|---|---|
| Yina Paola Trujillo Hernández | | Oscar Iván Trujillo Ocampo |
| NOMBRE COMPLETO: Yina Paola Trujillo Hernández | NOMBRE COMPLETO: | NOMBRE COMPLETO: Oscar Iván Trujillo Ocampo |
| NÚMERO DE DOCUMENTO: 26607535 | NÚMERO DE DOCUMENTO: | NÚMERO DE DOCUMENTO: 1082245328 |

Scanned by TapScanner

El deporte es de todos — Mindeporte

| PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
|---|---|
| FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 06/02/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | Parque Principal | | | TIPO DE GRUPO | | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P. Principal | ESCENARIO | P. Principal | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3143198195 | | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Natalia Ramirez | | | SEXO | Mujer | FECHA DE NACIMIENTO | 1/06/79 | TIPO DE DOCUMENTO | CC |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26607600 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | colombiana | | | GRUPO ÉTNICO | ninguno |
| DISCAPACIDAD | Ninguno | CONDICIÓN | ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPS/EPS | Ecoopsos |
| SITUACIÓN LABORAL | Tareas del Hogar | NIVEL EDUCATIVO | Tecnico | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 1 | | | TELÉFONO CELULAR | 3143193195 |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Cra 11 # 5-20 | | | ZONA | Urbana |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | Ciudela San Pedro | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Edwin Cabanzo | TELÉFONO CELULAR | 3112116752 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Periferico | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 21 |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | 1 | | | | | | 1 | | | 1 | | | | | | 4 |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | | 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60' | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | asistir al Grupo AF | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE / 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO / 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL / 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 3 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO / 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 8 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto? | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA / 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Excelente | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 79 | TALLA | 1.70 | IMC | 27.34 | CLASIFICACIÓN | Sobrepeso | PERÍMETRO DE CINTURA | 86 | CLASIFICACIÓN | riesgo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (X) SI o NO según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

## 6. FIRMAS

| FIRMA DEL USUARIO (A) | FIRMA GESTOR (A) O FACILITADOR (A) HEVS | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS/ AS, MONITOR(A) HEVS o PROMOTOR(A) HEVS |
|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO: Natalia Ramirez | NOMBRE COMPLETO: | NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO: 26607600 | NÚMERO DE DOCUMENTO: | NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos · Mindeporte | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 26/02/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | Parque Principal | | | TIPO DE GRUPO | | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P. Principal | ESCENARIO | P. Principal | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3108091623 | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Yessica Fernanda Moreles | SEXO | Mujer | FECHA DE NACIMIENTO | 29/07/91 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1092215447 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | GRUPO ÉTNICO | ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | ninguna | CONDICIÓN | ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Nueva EPS |
| SITUACIÓN LABORAL | Tareas del hogar | NIVEL EDUCATIVO | bachiller | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | TELÉFONO CELULAR | 3108091623 | | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | calle 4 #12-66 | ZONA | Urbana | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | Ciudadela san pedro | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Oscar Justres | TELÉFONO CELULAR | 3112295274 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Radio Tonco | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 21 |

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 4 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | 1 | | | 1 | | | | | | 1 | | | 1 | | | | | | |

| 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE | | | | | | 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | | 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60" | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | caminata al parque | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

| 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE | | 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO | | 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL | | | | | 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 2 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 0 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |

| 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO | | 3.6. MORBILIDAD REPORTADA | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 8 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |

| 3.6. MORBILIDAD REPORTADA | | | | | | | | 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Bueno | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

| | PESO | 62.4 | TALLA | 1.59 | IMC | 24.66 | CLASIFICACIÓN | sobrepeso | PERÍMETRO DE CINTURA | 80 | CLASIFICACIÓN | riesgo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X |
| **AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS:** Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X |
| **AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO:** Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Yessica F. Moreles Araujo | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1092215447 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos · Mindeporte | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 09/04/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | P. Principal | | | TIPO DE GRUPO | regular | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | P. Principal |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P. Principal | ESCENARIO | P. Principal | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | | 3209631327 | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Geronimo Coronado Rojas | | SEXO | Hombre | FECHA DE NACIMIENTO | 16/01/2008 | TIPO DE DOCUMENTO | | TI |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1130024145 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | | GRUPO ÉTNICO | | ninguno |
| DISCAPACIDAD | ninguna | CONDICIÓN | ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | asmetsalud |
| SITUACIÓN LABORAL | Estudiante | NIVEL EDUCATIVO | bachiller | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | | | | TELÉFONO CELULAR | 320 963 1327 |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | calle 1 # 9-34 | | | ZONA | urbana |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | Los marcados | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | pantalla chantre | TELÉFONO CELULAR | 3145795687 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Portona | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | | | | 1 | | | | | 1 | | | | | | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | |

### 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

### 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | | 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto? | |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | | 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

### 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS: | PESO | 67 | TALLA | 1.58 | IMC | 26.84 | CLASIFICACIÓN | Sobrepeso | PERÍMETRO DE CINTURA | 80 | CLASIFICACIÓN | Riesgo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario.

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de Yoiner Ospina Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

## 6. FIRMAS

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR(A) o FACILITADOR(A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS, AS, MONITOR(A) HEVS o PROMOTOR(A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Geronimo Coronado | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1130024145 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| el deporte es cosa nuestra / Mindeporte | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL<br>FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | Versión: 4<br>CÓDIGO: FD-FR-054<br>Fecha: 19/07/2021 | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 7/02/22 | DEPARTAMENTO | Huila | MUNICIPIO | Yaguara | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | Oscar Ivan Trujillo |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1082215328 | NOMBRE DEL GRUPO | HEVS Parque Principal | | | TIPO DE GRUPO | Regular | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | Parque Principal | ESCENARIO | Parque principal | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 317 472 88 66 | | |

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Norma Constanza Ocampo | | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 8/06/73 | TIPO DE DOCUMENTO | | CC |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26.607168 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | | GRUPO ÉTNICO | | |
| DISCAPACIDAD | NINGUNO | CONDICIÓN | NINGUNO | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Subsidio | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Nueva EPS |
| SITUACIÓN LABORAL | TAREAS DEL HOGAR | NIVEL EDUCATIVO | Primaria | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | | TELÉFONO CELULAR | 3174728866 |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Carrera 9#16-58 | | | ZONA | Urbana |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | Luis Carlos Galan | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | CELULAR | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Alfredo Gutierres | TELÉFONO CELULAR | 317 6716238 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | PERIFONEO | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | Si | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 2022 |

**DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 4 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | 2 | | | | | | 1 | | 1 | 2 | | | | | | |

**ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)**

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud, montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60' | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | Asistir a grupo AF | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | MODERADA | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuanto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 4 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 7 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 7 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO | 3. En los últimos 7 días, ¿cuanto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 | | | | |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | BUENO |

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | NINGUNA | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ANTROPOMETRÍA | PESO | 78 | TALLA | 1.62 | IMC | 29.72 | CLASIFICACIÓN | sobrepeso | PERÍMETRO DE CINTURA | 92 | CLASIFICACIÓN | riesgo |

**CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**

Marque con una equis (X) SI o NO según la respuesta del Usuario

| | | |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas | X | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Norma Constanza Ocampo T. | | Oscar Ivan Trujillo Ocampo | | | |
| NOMBRE COMPLETO | Norma C Ocampos T. | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | Oscar Ivan Trujillo Ocampo |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26.607968 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082215328 |

Scanned by TapScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| El deporte es de todos · Mindeporte | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 03/03/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | | NOMBRE DEL GRUPO | Parque Principal | | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | P. Principal |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P. Principal | | ESCENARIO | P. Principal | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3136720286 | | |

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Cindy Yacuma | | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 01/12/93 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082215890 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | | GRUPO ÉTNICO | ninguno | |
| DISCAPACIDAD | ninguno | CONDICIÓN | ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Sanitas |
| SITUACIÓN LABORAL | Labores del Hogar | NIVEL EDUCATIVO | Tecnico | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | TELÉFONO CELULAR | 3136720286 | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | calle 4 # 14-94 | | ZONA | urbana | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | San Pedro | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Oscar Duran | TELÉFONO CELULAR | 3136720286 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Portatil | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

**2. DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | 3 |
| | 1 | | | | | | | | | | | 1 | 1 | | | | | | |

**3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)**

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | | 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 2 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60' | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | asisto al grupo AF | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE** | **3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO** | **3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL** | **3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | Moderada | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 2 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 0 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO | |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO** | **3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA** | **3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Bueno | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a trea veces por semana durante al menos 60 minutos? | Ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 | |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 68 | TALLA | 1.61 | IMC | | CLASIFICACIÓN | | PERÍMETRO DE CINTURA | 78 | CLASIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**
Marque con una equis (X) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

**6. FIRMAS**

| FIRMA DEL USUARIO(A) | | FIRMA GESTOR(A) o FACILITADOR(A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS VAS, MONITOR(A) HEVS o PROMOTOR(A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | 1082215890 | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | Cindy Yacuma | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos · Mindeporte | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 03/03/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVÁN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | | NOMBRE DEL GRUPO | Parque Principal | | TIPO DE GRUPO | Regular | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | Parque Principal |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P. Principal | | ESCENARIO | P. Parque Principal | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3153122310 | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Julia Aminta Quintero | | SEXO | MUJER | FECHA DE NACIMIENTO | 29/08/93 | | TIPO DE DOCUMENTO | C.C |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26607917 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | | | GRUPO ÉTNICO | ninguno |
| DISCAPACIDAD | ninguna | CONDICIÓN | ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Contributivo | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Nueva EPS |
| SITUACIÓN LABORAL | Trabaja | NIVEL EDUCATIVO | técnico | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | | TELÉFONO CELULAR | 3153122310 |
| TELÉFONO FIJO | — | CORREO ELECTRÓNICO | — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Cra 11A #7-80 | | | ZONA | Urbana |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | Luis Carlos Galan | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Carlos Pinzon | TELÉFONO CELULAR | 3153128310 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Portafolio | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | 81 | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | 3 |
| | | | | | | | | | | | | 1 | 1 | | | | | |

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |
|---|---|---|---|---|---|

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60' | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | asistir al Grupo AF | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada |
|---|---|

**3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO**

| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 4 |
|---|---|

**3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL**

| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 0 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 2 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |
|---|---|---|---|---|---|

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |
|---|---|---|---|

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 8 |
|---|---|

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Excelente |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | Trabajo | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siento de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |
|---|---|---|---|---|---|

| MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 74 | TALLA | 157 | IMC | 30.02 | CLASIFICACIÓN | Obesidad 1 | PERÍMETRO DE CINTURA | 90 | CLASIFICACIÓN | Riesgo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**

| | |
|---|---|
| **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X |
| **AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS:** Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias | X |
| **AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO:** Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X |

**FIRMAS**

| | | |
|---|---|---|
| Julia Aminta Quintero | | Oscar Ivan Trujillo Ocampo |
| FIRMA DEL USUARIO O ACUDIENTE | | FIRMA DEL CONTRATISTA |
| NOMBRE COMPLETO: Julia Aminta Quintero | NOMBRE COMPLETO: | NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO: 26607917 | NÚMERO DE DOCUMENTO: | NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
|---|---|---|
| El deporte es de todos · Mindeporte | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 04/03/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | | NOMBRE DEL GRUPO | Parque Principal | | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | P. Principal |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P. Principal | | ESCENARIO | P. Principal | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | | 313 215 3290 | |

**1. DATOS DE IDENTIFICACION Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Nelly Tavera Manchola | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 08/04/1963 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26.606 678 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | GRUPO ÉTNICO | ninguna | | |
| DISCAPACIDAD | ninguna | CONDICIÓN | ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Contributivo | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Sanitas |
| SITUACIÓN LABORAL | Tareas del Hogar | NIVEL EDUCATIVO | Tecnico | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 1 | TELÉFONO CELULAR | 3132153290 | | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | nellytavera@6mail. | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Calle 1 # 9-85 | ZONA | Urbana | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | El jardin | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Mare Fernanda | TELÉFONO CELULAR | 3227533652 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Radio | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

**2. DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 4 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)**

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60" | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | asistira al Grupo AF | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | |
|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada |

**3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO**

| | |
|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 4 |

**3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO | 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto? | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO |
| 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Bueno | | |

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | Ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | PESO | 75 | TALLA | 1.69 | IMC | 26.26 | CLASIFICACIÓN | Sobrepeso | PERIMETRO DE CINTURA | 84 | CLASIFICACIÓN | riesgo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**

Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, exímo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre los mismos. | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS:** Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO:** Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

**6. FIRMAS**

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR(A) - FACILITADOR(A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS VAS, MONITOR(A) HEVS o PROMOTOR(A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Nelly Tavera Manchola | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26.606678 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
|---|---|---|
| El deporte es de todos Mindeporte | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 03/03/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | | NOMBRE DEL GRUPO | Parque Principal | | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | P. Principal |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P. Principal | | ESCENARIO | P. Principal | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3208320222 | | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Karla Lucia Gomez Castillon | | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 02/10/98 | | TIPO DE DOCUMENTO | CC |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082217023 | PAÍS DE NACIMIENTO | colombiana | NACIONALIDAD | colombiana | | | GRUPO ÉTNICO | ninguno |
| DISCAPACIDAD | ninguna | CONDICIÓN | ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Contributivo | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Sanitas |
| SITUACIÓN LABORAL | Trabajar | NIVEL EDUCATIVO | Profesional | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | | TELÉFONO CELULAR | 3208320222 |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | calle 4 # 252 | | | ZONA | Urbana |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | la Trinidad | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | alba Castillon | TELÉFONO CELULAR | 3138162840 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Portonco | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | | 51 | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 2 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FISICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60' | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | asistir al grupo AF | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 7 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO — 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA — 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Excelente | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | Trabajo | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 68 | TALLA | 1.66 | IMC | 26.56 | CLASIFICACIÓN | sobrepeso | PERÍMETRO DE CINTURA | 74 | CLASIFICACIÓN | normal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS:** Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO:** Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

## 6. FIRMAS

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR(A) o FACILITADOR(A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS VAS, MONITOR(A) HEVS O ENLACE(A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Karla Lucia Gomez | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082217023 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos Mindeporte | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 15/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 04/04/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | P. Principal | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | P. Principal | | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P. Principal | ESCENARIO | P. Principal | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3197105330 | | | | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Karol Tatiana Atuesta | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 18/10/94 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1032216528 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | colombiana | GRUPO ÉTNICO | ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | ninguna | CONDICIÓN | ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | sanitas |
| SITUACIÓN LABORAL | Trabaja | NIVEL EDUCATIVO | Técnico | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | TELÉFONO CELULAR | 3197105330 | | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | calle 5 #13-73 | ZONA | Urbana | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | C. San pedro | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Ureth Lucano | TELÉFONO CELULAR | 3152700015 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Ninguno | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | 1 | | | | | | | | 1 | 1 | | | | | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60" | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | Asist. al gym AF |
| 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | | | | | | | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | |
|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada |

### 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

| | |
|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 4 |

### 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | BUENO | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | Trabajo |

### 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 90 | TALLA | 1.69 | IMC | | CLASIFICACIÓN | | PERÍMETRO DE CINTURA | 90 | CLASIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS:** Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO:** Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de las necesidades, intereses y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

## 6. FIRMAS

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA DEL ACUDIENTE (SI APLICA) | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS Y/O EL MONITOR (A) HEVS O PROMOTOR (A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Karol Tatiana Atuesta | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1032216528 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos · Mindeporte | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 04/03/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | Parque Principal | | | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | P. Principal |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P. Principal | ESCENARIO | P. Principal | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3134323308 | | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Maly Janeth Trujillo Camacho | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 25/05/83 | TIPO DE DOCUMENTO | Cc | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26.607863 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | colombiana | GRUPO ÉTNICO | ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | ninguno | CONDICIÓN | ninguno | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Sanitas |
| SITUACIÓN LABORAL | Tareas del Hogar | NIVEL EDUCATIVO | Secundaria | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | TELÉFONO CELULAR | 313 432 3308 | | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | calle 5 # 1-61 | ZONA | Urbano | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | C. San Pedro | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Jason Cordoba | TELÉFONO CELULAR | 3117026171 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Peritoneo | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 4 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | 1 | | | | | | | | | 1 | | | 1 | | | | | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | | 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60' |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | asistir al Grupo AF | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | | 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 2 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 |

### 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO | 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 8 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO |

### 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Bueno | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 85 | TALLA | 1.60 | IMC | | CLASIFICACIÓN | | PERÍMETRO DE CINTURA | 90 | CLASIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (x) SI o NO, según su respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS:** Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO:** Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual; además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas | X | |

## 6. FIRMAS

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR (A) ENTIDAD (O) AL HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS Y/O MONITOR (A) HEVS O PROFESIONAL HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Maly Trujillo Camacho | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26.607863 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
|---|---|---|
| El Deporte es de todos | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-154 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 04/04/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | Parque Principal | | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | P Principal | | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P. Principal | ESCENARIO | P. Principal | | URL GRUPO AF (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP) | 3132978720 | | | | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Stefany Gutierrez Toro | | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 15/02/22 | | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082216391 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | | GRUPO ETNICO | Ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | Ninguno | CONDICIÓN | ninguno | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Contributivo | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Coosalud | | |
| SITUACIÓN LABORAL | Trabajar | NIVEL EDUCATIVO | Profesional | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | TELÉFONO CELULAR | 3137978720 | | | |
| TELÉFONO FIJO | — | CORREO ELECTRÓNICO | — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Cra 5 # 1-20 | | ZONA | Urbana | | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | La Trinidad | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Ana Gutierrez | TELÉFONO CELULAR | 3144026113 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Portátil | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | Si | DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 | | |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 2 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60' | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | Gimnasio en el Grupo AF |
| 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | | | | | | | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | |
|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | Moderada |

### 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

| | |
|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 2 |

### 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez esta lista para consumir y antes de probarla? | NO |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumo en su presencia? | NO |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alta?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

### 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Regular | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | Trabajo | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿que tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 58 | TALLA | 1.70 | IMC | | CLASIFICACIÓN | | PERÍMETRO DE CINTURA | 78 | CLASIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, así mismo en mi calidad de acudiente de _____ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, acorde a las necesidades, intereses y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

## 6. FIRMAS

| FIRMA DEL USUARIO (A) | FIRMA GESTOR (A) DE LA ESTRATEGIA HEVS | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS VIAL, MONITOR (A) HEVS O PROMOTOR (A) HEVS |
|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO: Stefany Gutierrez | NOMBRE COMPLETO: | NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO: 1082216391 | NÚMERO DE DOCUMENTO: | NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos · Mindeporte | **PROCESO:** FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | **Versión:** 4 |
| | **FORMATO:** FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | **CÓDIGO:** FD-FR-054 |
| | | **Fecha:** 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 04/04/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | | NOMBRE DEL GRUPO | Parque Principal | | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | P. Principal |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P. Principal | | ESCENARIO | P. Principal | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3227051772 | | |

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Sofia Soto atuesta | | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 26/03/17 | TIPO DE DOCUMENTO | TI | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082217123 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | | GRUPO ÉTNICO | ninguno | |
| DISCAPACIDAD | ninguna | CONDICIÓN | ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Contaminar |
| SITUACIÓN LABORAL | Estudiante | NIVEL EDUCATIVO | Primaria | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | | TELÉFONO CELULAR | 3227051772 |
| TELÉFONO FIJO | — | CORREO ELECTRÓNICO | — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | calle 5 # 15-73 | | | ZONA | Urbana |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | San Pacho | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | Karol atuesta | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | 3227051772 |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Karol atuesta | TELÉFONO CELULAR | 3227051772 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Portafono | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

**2. DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | 3 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)**

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | |
|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | |

**3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO**

| | |
|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | |

**3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | | | |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | |

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 28 | TALLA | 88 | IMC | | CLASIFICACIÓN | | PERÍMETRO DE CINTURA | 30 | CLASIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**
Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de Karol Atuesta. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS:** Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO:** Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

**6. FIRMAS**

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR(A) o FACILITADOR(A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS VAS, MONITOR(A) HEVS o PROMOTOR(A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Karol Atuesta | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082216328 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos Antioquia | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FO-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 06/04/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | | NOMBRE DEL GRUPO | Parque Principal | | TIPO DE GRUPO | regular | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | P. Principal |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P. Principal | | ESCENARIO | P. Principal | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP) | 3165751476 | | |

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Magnolia Moreno Rayo | | SEXO | Mujer | FECHA DE NACIMIENTO | 25/07/85 | TIPO DE DOCUMENTO | cc | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 33750840 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | | GRUPO ÉTNICO | Ninguno | |
| DISCAPACIDAD | Ninguna | CONDICIÓN | ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Sanitas |
| SITUACIÓN LABORAL | Independiente | NIVEL EDUCATIVO | Técnico | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 1 | | TELÉFONO CELULAR | 3165751476 | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Calle 2 #6-28 | | ZONA | Urbana | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | los Mocados | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Yaira moreno | TELÉFONO CELULAR | 3108091623 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Portafono | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

**2. DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |

**3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)**

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60" | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | ajustar al Orfº A7 | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada | | | | | | | | |

**3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 2 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 2 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO |
| 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO | | | | | | | | |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 8 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto? | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | |
| 10. Diría que su estado de salud es | Bueno | | | | | | | | |

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 | | |

**4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS**

| PESO | 65 | TALLA | 1.62 | IMC | 24.77 | CLASIFICACIÓN | normal | PERÍMETRO DE CINTURA | 92 | CLASIFICACIÓN | riesgo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y FOTOGRÁFICO**
Marque esta casilla hasta (x) SI o NO según responda el usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales deseo participar de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS:** Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO:** Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover y ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

**6. FIRMAS**

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA DEL ACUDIENTE | | FIRMA DEL PARTICIPANTE DEL MONITOR(A) HEVS O PROMOTOR(A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Magnolia moreno | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 33750840 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
|---|---|---|
| El deporte es de todos Medellín | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 06/04/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.213.328 | NOMBRE DEL GRUPO | P. Principal | TIPO DE GRUPO | regular | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | | | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P. Principal | ESCENARIO | P. Principal | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 322 404 6399 | | | | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Esperanza Moya cabrera | SEXO | Mujer | FECHA DE NACIMIENTO | 16/12/1974 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26607288 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | colombiana | GRUPO ÉTNICO | ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | ninguna | CONDICIÓN | ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | COOPOS |
| SITUACIÓN LABORAL | Tareas del Hogar | NIVEL EDUCATIVO | Técnico | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | | TELÉFONO CELULAR | 322 404 6399 |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Cra 12 # 7-32 | | | ZONA | urbana |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | Las Mercedes | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Hery cabrera | TELÉFONO CELULAR | 3125372488 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Periódico | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 21 |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 2 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | | | | | | | | | | 2 | | | | | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | | 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60 V | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | caminar el grupo A y T | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| 6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física? | moderado |
|---|---|

### 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 3 |
|---|---|

### 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |
|---|---|---|---|---|---|

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |
|---|---|---|---|

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 |
|---|---|

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto? | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Bueno |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

### 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |
|---|---|---|---|---|---|

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 72 | TALLA | 1.60 | IMC | 28.13 | CLASIFICACIÓN | Sobrepeso | PERÍMETRO DE CINTURA | 95 | CLASIFICACIÓN | riesgo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (X) la casilla correspondiente

| | SI | NO |
|---|---|---|
| **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de asistente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS:** Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO:** Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

## 6. FIRMAS

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA DEL ACUDIENTE (SI APLICA) | | FIRMA DEL ARTICULADOR DE HEVS Y/O MONITOR DE HEVS Y/O AUXILIAR HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Esperanza moya c. | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26607288 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.213.328 |

Scanned by TapScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| El Deporte es de todos | **PROCESO:** | | **Versión:** 4 |
| | **FORMATO:** | FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | **CÓDIGO:** FD-FR-054 |
| | | FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | **Fecha:** 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 9/03/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIO | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1082215328 | NOMBRE DEL GRUPO | HEVS PARQUE PRINCIPAL | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | PARQUE PRINCIPAL | | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | SANTA BARBARA | ESCENARIO | POLIDEPORTIVO | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP). | 3138094552 | | | | |

**DATOS DE LA PERSONA DE CONTACTO DEL GRUPO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | MARIBEL QUINTERO GUARIOS | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 17/03/93 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082215709 | PAIS DE NACIMIENTO | COLOMBIA | NACIONALIDAD | COLOMBIANA | GRUPO ETNICO | NINGUNO | | |
| DISCAPACIDAD | NINGUNA | CONDICIÓN | NINGUNA | ORIENTACIÓN SEXUAL | HETEROSEXU | TIPO DE AFILIACION A SALUD | CONTRIBUTIVO | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | SANITAS |
| SITUACIÓN LABORAL | TRABAJAR | NIVEL EDUCATIVO | UNIVERSITARIO | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | TELÉFONO CELULAR | 3138094552 | | |
| TELÉFONO FIJO | | CORREO ELECTRÓNICO | quinteromaribel@ | DIRECCION DE DOMICILIO | CARRERA 3 #6-41 | ZONA | URBANA | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | SANTA BARBARA | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | CELULAR | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | ANNA QUINTERO | TELÉFONO CELULAR | 3138094552 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | PERIFONEO | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | 4 |
| | | | | 2 | | | | | | | | 1 | 1 | | | | | |

**3.1. ACTIVIDAD FISICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o camino para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuantos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

**3.2. ACTIVIDAD FISICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 1 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60 | 4. ¿Cual es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | ASISTIR A LOS GRUPOS A-E |

| 3.2. ACTIVIDAD FISICA EN EL TIEMPO LIBRE | | 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO | | 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL | | | | | | 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | MODERADA | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 8 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "porciones" de verduras consumió en el día? | 2 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |

| 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO | | 3.6. MORBILIDAD REPORTADA | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuanto tiempo durmió en promedio en la noche? | 6 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto? | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, perdida del gusto y del olfato? | NO |

| 3.6. MORBILIDAD REPORTADA | | | | | | | | 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnostico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cual enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | BUENO | 1. ¿Cual es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | |

| PESO | 70 | TALLA | 1.70 | IMC | 61 | CLASIFICACIÓN | SOBREPESO | PERIMETRO DE CINTURA | 80 | CLASIFICACIÓN | NORMAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X |
| **AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS:** Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X |
| **AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO:** Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Maribel Quintero | | Oscar Ivan Trujillo Ramos | | | |
| NOMBRE COMPLETO | Maribel Quintero C | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | Oscar Ivan Trujillo |
| NUMERO DE DOCUMENTO | 1082215709 | NUMERO DE DOCUMENTO | | NUMERO DE DOCUMENTO | 1082215328 |

Scanned by TapScanner

| | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
|---|---|---|
| El deporte es de todos | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 05/02/22 | DEPARTAMENTO | Huila | MUNICIPIO | Yaguará | ROL CONTRACTUAL | MONITOR Profesional REGULAR | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1082215328 | NOMBRE DEL GRUPO | Parque principal | | | TIPO DE GRUPO | | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | PARQUE PRINCIPAL |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | PARQUE PRINCIPAL | ESCENARIO | PARQUE PRINCIPAL | | | URL GRUPO AF (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | | 3212087901 | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Gloria Marcela Gaitán G. | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 21-09-75 | TIPO DE DOCUMENTO | C.C. | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 52-158732 | PAIS DE NACIMIENTO | COLOMBIA | NACIONALIDAD | Colombiana | GRUPO ÉTNICO | Ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | Ninguna | CONDICIÓN | Ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Contributivo | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Asmisalud |
| SITUACIÓN LABORAL | Empleada | NIVEL EDUCATIVO | Secundario | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | estrato 2 | TELÉFONO CELULAR | 3212087901 | | |
| TELÉFONO FIJO | | CORREO ELECTRÓNICO | | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Calle 3 # 7-05 | ZONA | URBANA | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | Mercedes | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Voz | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | Veronica Pierro | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | 3143129542 | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Veronica Pierro | TELÉFONO CELULAR | 3212087901 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | PERIFONEO | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 2021 |

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | |

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuantos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuanto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |
|---|---|---|---|---|---|

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuanto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60 | 4. ¿Cual es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | Asistir al grupo AF | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| 5. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada |
|---|---|

**3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO**

| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuanto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 3 |
|---|---|

**3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL**

| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "porciones" de verduras consumió en el día? | 2 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |
|---|---|---|---|---|---|

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuantos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |
|---|---|---|---|

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| 3. En los últimos 7 días, ¿cuanto tiempo durmió en promedio en la noche? | 6 |
|---|---|

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| 1. ¿Alguna vez le ha dicho un medico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición medica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| 7. ¿Tuvo diagnostico POSITIVO para COVID-19 en los dos ultimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Buena |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| 1. ¿Cual es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | Ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cual otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |
|---|---|---|---|---|---|

| PESO | 64 | TALLA | 1.56 | IMC | 26.30 | CLASIFICACIÓN | Sobrepeso | PERIMETRO DE CINTURA | 80 | CLASIFICACIÓN | Riesgo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**: manifestó que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. — Sí

**AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS**: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. — X

**AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. — X

| Gloria Marcela Gaitán G. | | Oscar Iván Trujillo Alcaraz |
|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO: Gloria Marcela Gaitán | NOMBRE COMPLETO: | NOMBRE COMPLETO: Oscar Iván Trujillo Alcaraz |
| NÚMERO DE DOCUMENTO: 52.158732 Bta | NÚMERO DE DOCUMENTO: | NÚMERO DE DOCUMENTO: 1082215328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FO-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 06/02/2022 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARÁ | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO O |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1082215328 | NOMBRE DEL GRUPO | PARQUE PRINCIPAL | | | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | P. PRINCIPAL |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P. PRINCIPAL | ESCENARIO | P. PRINCIPAL | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP) | 322 873 54 01 | | |

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | MARIA JESÚS MEDINA | | | SEXO | MUJER | FECHA DE NACIMIENTO | 22/04/67 | TIPO DE DOCUMENTO | C.C |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26.606920 | PAÍS DE NACIMIENTO | COLOMBIA | NACIONALIDAD | COLOMBIANA | | | GRUPO ÉTNICO | NINGUNO |
| DISCAPACIDAD | NINGUNA | CONDICIÓN | NINGUNA | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | SUBSIDIADO | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | ASMETSALUD |
| SITUACIÓN LABORAL | TRABAJAR | NIVEL EDUCATIVO | BACHILLER | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | | TELÉFONO CELULAR | 322 873 54 01 |
| TELÉFONO FIJO | | CORREO ELECTRÓNICO | | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | CRA 8 # 3 - 27 | | | ZONA | URBANA |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | MERCEDES | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | CELULAR | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | GLORIA CABANZO | TELÉFONO CELULAR | 322 873 54 01 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | PERIFONEO | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SÍ | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 2021 |

**DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | 2 |
| | | | | | | | | | | | | | 1 | | 1 | | | | |

**3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)**

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | | 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SÍ | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60' | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | ASISTE AL GRUPO A.F | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | MODERADA | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuanto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 4 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO | | |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto? | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | | |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | BUENO | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | NINGUNA | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 | | |

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| PESO | 67 | TALLA | 153 | IMC | 28.62 | CLASIFICACIÓN | Sobrepeso | PERÍMETRO DE CINTURA | 86 | CLASIFICACIÓN | RIESGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL PÚBLICO Y/O FOTOGRÁFICO**

| | | |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL PÚBLICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas | X | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Maria Jesús Medina Z. | | Oscar Ivan Trujillo Ramos | |
| NOMBRE COMPLETO: Maria Jesus Medina Z. | NOMBRE COMPLETO: | NOMBRE COMPLETO: Oscar Ivan Trujillo | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO: 26 606 920 yaguara | NÚMERO DE DOCUMENTO: | NÚMERO DE DOCUMENTO: 1082215328 | |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos Mindeporte | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 20/04/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | P. Principal | | | TIPO DE GRUPO | regular | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | P. Principal |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | P. Principal | ESCENARIO | P. Principal | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3125529090 | | |

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Maria Antonia Penagos | | SEXO | Mujer | FECHA DE NACIMIENTO | 22/08/75 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 55167816 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | colombiana | | GRUPO ÉTNICO | ninguna | |
| DISCAPACIDAD | ninguna | CONDICIÓN | ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Nueva EPS |
| SITUACIÓN LABORAL | Tareas del Hogar | NIVEL EDUCATIVO | Tecnico | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | | TELÉFONO CELULAR | 3125529090 |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | mapenagos@hotmail.com | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | cra 5 # 10-27 | | | ZONA | Urbana |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | Ciudadela San Pedro | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Hermogenes montealegre | TELÉFONO CELULAR | 3125529090 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Portafono | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | 81 | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | 3 |
| | | | | | | | 1 | | | | | 1 | 1 | | | | | |

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | Si | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 2 | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | 30' |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | Si | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 5 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60' | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | asistir al grupo AF | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 3 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 8 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | excelente | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | ninguna |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

| PESO | 58.7 | TALLA | 164 | IMC | 29.4 | CLASIFICACIÓN | Sobrepeso | PERÍMETRO DE CINTURA | 90 | CLASIFICACIÓN | normal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, así mismo en mi calidad de acudiente de _____ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X |
| **AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS:** Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X |
| **AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO:** Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Maria Antonia Penagos | | Oscar Ivan Trujillo Ocampo | |
| NOMBRE COMPLETO | Maria Antonia Penagos | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 55167816 | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

# GRUPO REGULAR
# HEVS TRIBU TUNGURAGUHA

*Scanned by TapScanner*

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos · Mindeporte | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL<br>FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | Versión: 4<br>CÓDIGO: FD-FR-054<br>Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 04/04/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | Tribu Tunguraliua | | | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | Tunguraliua | | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | Tunguraliua | ESCENARIO | Polideportivo | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP) | 3212941451 | | | | |

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Daniela Ibañez Medina | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 23/01/99 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082217079 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | GRUPO ÉTNICO | ninguno | | | | |
| DISCAPACIDAD | ninguno | CONDICIÓN | ninguno | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Nueva EPS | | |
| SITUACIÓN LABORAL | Estudiante | NIVEL EDUCATIVO | Universitario | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | TELÉFONO CELULAR | 3212941451 | | | | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | calle 7 # 7a - 13 | ZONA | Urbana | | | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | Tunguraliua | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Yeimy Medina | TELÉFONO CELULAR | 3102757983 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Periodico | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 | | |

**2. DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | 4 |
| | | | | | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | | | |

**3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)**

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 2 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60' | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | asiste al Grupo A7 |
| 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | | | | | | | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | |
|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada |

**3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 2 | 7. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 |

**3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 0 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 2 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | | |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO | | |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO |
| 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | | | | |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Bueno |

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 66 | TALLA | 1.70 | IMC | | CLASIFICACIÓN | | PERÍMETRO DE CINTURA | 75 | CLASIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**
Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

**6. FIRMAS**

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR(A) o FACILITADOR(A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS Y/O MONITOR(A) HEVS o PROMOTOR(A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Daniela Ibañez | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082217079 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
|---|---|---|
| El deporte es de todos Mindeporte | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 22/04/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | Tribu Tunjurahua | | | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | Tunjurahua |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | Tunjurahua | ESCENARIO | Polideportivo | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP) | 3172784775 | | |

**1. DATOS DE IDENTIFICACION Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Paula Dusan Rivera | | | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 24/02/2002 | TIPO DE DOCUMENTO | CC |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1004225394 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | | | GRUPO ÉTNICO | ninguno |
| DISCAPACIDAD | ninguna, | CONDICIÓN | ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | NUEVA EPS |
| SITUACIÓN LABORAL | Estudiante | NIVEL EDUCATIVO | Universitario | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | | TELÉFONO CELULAR | 3172784775 |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | calle 3 # 4-75 | | | ZONA | urbana |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | la Trinidad | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Henry Dusan | TELÉFONO CELULAR | 3209142260 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Portafolio | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

**2. DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | | | | | | | 1 | | 1 | 1 | | | | | | |

**3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 15 AÑOS)**

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 2 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60' | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | asistir al grupo |
| 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | | | | | | | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | |
|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada |

**3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO**

| | |
|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 2 |

**3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumio en el día? | 0 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 2 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO |
| 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | | | | |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | |
| 10. Diría que su estado de salud es | Excelente | | | | |

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | ninguno | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 66 | TALLA | 1.65 | IMC | | CLASIFICACIÓN | | PERÍMETRO DE CINTURA | 78 | CLASIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**
Marque con una equis (X) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria soy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

**6. FIRMAS**

| Paula Dusan Rivera | | Oscar Ivan Trujillo Ocampo |
|---|---|---|
| FIRMA DEL USUARIO (A) | FIRMA GESTOR(A) o FACILITADOR (A) HEVS | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS VAS, MONITOR(A) HEVS o PROMOTOR(A) HEVS |
| NOMBRE COMPLETO: Paula Dusan Rivera | NOMBRE COMPLETO: | NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO: 1004225394 | NÚMERO DE DOCUMENTO: | NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

El deporte es de todos — Mindeporte

| PROCESO: | FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
|---|---|---|
| FORMATO: | FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 29/04/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | Tribu Tunjurahua | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | Tunjurahua | | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | Tunjurahua | ESCENARIO | Polideportivo | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3148677539 | | | | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Argeny montes Galindo | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 9/01/71 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26607076 | PAÍS DE NACIMIENTO | colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | GRUPO ÉTNICO | ninguna | | |
| DISCAPACIDAD | ninguna | CONDICIÓN | ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Contributivo | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Poli Huila |
| SITUACIÓN LABORAL | Trabaja | NIVEL EDUCATIVO | Profesional | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | | TELÉFONO CELULAR | 3148677539 |
| TELÉFONO FIJO | — 0 — | CORREO ELECTRÓNICO | — 0 — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Cra 8 # 6-05 | | | ZONA | urbano |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | la Trinidad | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | rodrigo rico | TELÉFONO CELULAR | 3133624438 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Portones | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 21 |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | 3 |
| | | | | | | | | | | 1 | | 1 | | | | | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60' | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | caminata al gimnasio | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | |
|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizo la actividad física? | Moderada |

### 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 2 | | |

### 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 0 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 2 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO | | |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 8 | | | | |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO |
| 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | | | | | | | | |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | BUENO | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | Trabajo |

### 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 95 | TALLA | 1.63 | IMC | | CLASIFICACIÓN | | PERÍMETRO DE CINTURA | 103 | CLASIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

## 6. FIRMAS

| FIRMA DEL USUARIO (A) | FIRMA GESTOR(A) - FACILITADOR(A) HEVS | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS VAS, MONITOR(A) HEVS o PROMOTOR(A) HEVS |
|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO: Argeny montes | NOMBRE COMPLETO: | NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO: 26607076 | NÚMERO DE DOCUMENTO: | NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos · Mindeporte | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL<br>FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | Versión: 4<br>CÓDIGO: FD-FR-054<br>Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 30/03/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | Tribu Tungurahua | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | Tungurahua | | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | Tungurahua | ESCENARIO | Polideportivo | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 316 805 60 94 | | | | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACION Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Kelly Marcela Ramirez | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 05/23/86 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082 214 517 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | GRUPO ÉTNICO | Ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | Ninguna | CONDICIÓN | Ninguno | ORIENTACIÓN SEXUAL | heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Comfamiliar |
| SITUACIÓN LABORAL | Tareas del hogar | NIVEL EDUCATIVO | Bachiller | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | TELÉFONO CELULAR | 316 805 60 94 | | |
| TELÉFONO FIJO | | CORREO ELECTRÓNICO | Marcelakelly17@hotmail.com | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Calle 8 # 7A33 | ZONA | Urbana | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | Tungurahua | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Luis Ramirez | TELÉFONO CELULAR | 314 491 3107 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Periforeo | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | Si | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 2021 |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | 2 |
| | | | | | | | | | | | | 1 | 1 | | | | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FISICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | 1 |

### 3.2. ACTIVIDAD FISICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 6 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 1 | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | Asistir al grupo AF |
| 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | Caminar | | | | | | |

### 3.2. ACTIVIDAD FISICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | |
|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | Moderada |

### 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

| | |
|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 8 |

### 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 3 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 3 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | Si |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | No | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO | 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 8 |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | Y/O | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Bueno |

### 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | Ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 8 |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PESO | 67 | TALLA | 1,57 | IMC | 27,2 | CLASIFICACIÓN | Obesidad I | PERÍMETRO DE CINTURA | 85 | CLASIFICACIÓN | Riego |

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACION DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

## 6. FIRMAS

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS VAS, MONITOR(A) HEVS o PROMOTOR(A) HEVS | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Kelly Marcela Ramirez | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082 214 517 | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

FIRMA DEL GESTOR(A) o FACILITADOR(A) HEVS

NOMBRE COMPLETO

NÚMERO DE DOCUMENTO

Scanned by TapScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| El deporte es de todos | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 14/02/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | | NOMBRE DEL GRUPO | Tribu Tunjurahua | | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | Tunjurahua |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | Tunjurahua | | ESCENARIO | Polideportivo | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP) | 3229149561 | | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACION Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Donna Marleni Ros C. | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 7/02/14 | | TIPO DE DOCUMENTO | TI | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1076915476 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | | GRUPO ÉTNICO | ninguno | |
| DISCAPACIDAD | ninguna | CONDICIÓN | ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | ComFamiliar |
| SITUACIÓN LABORAL | Activa. | NIVEL EDUCATIVO | Primaria | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | calle 8 # 7a-09 | | TELÉFONO CELULAR | 3229149561 | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | calle 8 # 7a-09 | | ZONA | Urbana | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | Tunjurahua | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | Olga Cadena | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | 3229149561 | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Olga Cadena | TELÉFONO CELULAR | 3229149561 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Peritoneo | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | 2 |
| | | | | | | | 1 | | | | | | 1 | | | | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FISICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FISICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FISICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | | 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | | | | | |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto? | | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | | | |

### 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | PESO | 54 | TALLA | 130 | IMC | 32 | CLASIFICACIÓN | obesidad 3 | PERÍMETRO DE CINTURA | 86 | CLASIFICACIÓN | 11090 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, así mismo en mi calidad de acudiente de Otro por definir. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

## 6. FIRMAS

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR(A) O FACILITADOR(A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS VAS, MONITOR(A) HEVS o PROMOTOR(A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Olga Lucia Cadena | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NUMERO DE DOCUMENTO | 1076915476 | NUMERO DE DOCUMENTO | | NUMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos · Mindeporte | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL<br>FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | Versión: 4<br>CÓDIGO: FD-FR-054<br>Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 03/03/2022 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | TRIBU TUNGURAUHA | | | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | TUNGURAUHA |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | TUNGURAUHA | ESCENARIO | POLIDEPORTIVO | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 314 246 28 05 | | |

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Tatiana Andrea Tovar M. | | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 22/06/90 | | TIPO DE DOCUMENTO | C.C |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082215163 | PAÍS DE NACIMIENTO | YAGUARA | NACIONALIDAD | COLOMBIA | | | GRUPO ÉTNICO | NINGUNO |
| DISCAPACIDAD | NINGUNA | CONDICIÓN | NINGUNA | ORIENTACIÓN SEXUAL | hetero sexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Asmetsalud |
| SITUACIÓN LABORAL | Tareas del hogar | NIVEL EDUCATIVO | Bachiller | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 1 | | | TELÉFONO CELULAR | 314 246 2805 |
| TELÉFONO FIJO | | CORREO ELECTRÓNICO | | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Cra 2 #6 -56 | | | ZONA | Urbana |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | Tungurauna | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Carlos | TELÉFONO CELULAR | 314 246 280 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Perifoneo | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | Si | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 2022 |

**2. DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | 3 |
| | | | | | | | | | | 1 | | | 1 | | | | | | |

**3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)**

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 5 | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | 1 |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 5 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 1 | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | ASISTIR al GRUPO A.F Aerobicos | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | Caminar |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | Moderada | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 1 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 5 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 3 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |

**3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO**

**3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL**

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO | 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 8 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | NO | 10. Diría que su estado de salud es | Bueno | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | NO | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 52 | TALLA | 156 | IMC | 30.17 | CLASIFICACIÓN | Sobre Peso | PERÍMETRO DE CINTURA | 41 | CLASIFICACIÓN | Normal. |

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**
Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS:** Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO:** Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

**6. FIRMAS**

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR(A) O FACILITADOR(A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS VAS, MONITOR(A) HEVS o PROMOTOR(A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| Tatiana Andrea Tovar Medina | | | | Oscar Ivan Trujillo Ocampo | |
| NOMBRE COMPLETO | Tatiana Andrea Tovar M. | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082215163 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos · Mindeporte | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 04/05/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | | NOMBRE DEL GRUPO | Tribu tunguruahua | | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | Tunguruahua |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | Tunguruahua | | ESCENARIO | Polideportivo | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP) | 3106132678 | | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACION Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Darcy Cristina Perez H. | | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 26/02/1992 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1084923969 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | | GRUPO ÉTNICO | Ninguno | |
| DISCAPACIDAD | ninguno | CONDICIÓN | ninguno | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Sanitas |
| SITUACIÓN LABORAL | Tareas del Hogar | NIVEL EDUCATIVO | Tecnico | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | TELÉFONO CELULAR | 3106132678 | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Calle 6 # 13-77 | | ZONA | Urbana | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | la victoria | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Carlos Mono C | TELÉFONO CELULAR | 3106132678 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Portonico | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 2 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 2 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60' | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | ajuste al grupo AF | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 2 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 0 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 2 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO |

### 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

### 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 8 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

### 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Excelente | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | Trabajo | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 8 |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | PESO | 96 | TALLA | 160 | IMC | 26.14 | CLASIFICACIÓN | sobrepeso | PERÍMETRO DE CINTURA | 106 | CLASIFICACIÓN | riesgo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FILMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

## 6. FIRMAS

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR(A) DEPORTIVO(A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS VAS, MONITOR(A) HEVS o PROMOTOR(A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Darcy C. Perez | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1084923969 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 06/03/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | | NOMBRE DEL GRUPO | Tribu Tunguarahua | | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | Tunguruhua | | ESCENARIO | Polideportivo Tunguraguna | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP) | 311 705 76 86 | | |

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Luz Krieya Vega Gutierrez | | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 20/03/64 | TIPO DE DOCUMENTO | | C.C |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 407 640 14 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | | GRUPO ÉTNICO | | Ninguno |
| DISCAPACIDAD | Ninguna | CONDICIÓN | Ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Asmetsalud |
| SITUACIÓN LABORAL | tareas del hogar | NIVEL EDUCATIVO | primaria | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | TELÉFONO CELULAR | | 311 705 76 86 |
| TELÉFONO FIJO | | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Calle 5 13 # 9A 36 | | ZONA | | Urbana |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | B. las villas | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Deisi R. Alves | TELÉFONO CELULAR | 313 356 97 24 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Perifoneo | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | Si | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | |

**2. DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 2 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | 1 | 1 | | | |

**3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)**

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | 3 | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60 | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | Asistir al grupo A.F | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | Moderado | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 5 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | NO | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 9 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | SI | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | Tiroides | 10. Diría que su estado de salud es | buena | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | Ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | PESO | 38 | TALLA | 156 | IMC | 23,83 | CLASIFICACIÓN | Normal | PERÍMETRO DE CINTURA | 86 | CLASIFICACIÓN | Riesgo | |

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**
Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, así mismo en mi calidad de acudiente de _____ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

**6. FIRMAS**

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR (A) O FACILITADOR (A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS VAS, MONITOR (A) HEVS o PROMOTOR (A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Luz Krieya Vega G. | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 407 640 14 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 04/04/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NUMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | Tribu Tunpurahua | | | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | Tunpurahua |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | Tunpurahua | ESCENARIO | Polideportivo | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3105163097 | | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Magda Catalina Motta C | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 27/08/87 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1069721533 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | GRUPO ÉTNICO | ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | ninguna | CONDICIÓN | ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Famisanar |
| SITUACIÓN LABORAL | Trabajar | NIVEL EDUCATIVO | Tecnico | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | TELÉFONO CELULAR | 3105163077 | | |
| TELÉFONO FIJO | — | CORREO ELECTRÓNICO | — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Cra 79 # 4-28 | ZONA | Urbana | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | Los Fenos | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Ana silvia | TELÉFONO CELULAR | 3105163097 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Periferico | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | Si | DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 21 |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | 3 |
| | | | | | | | 1 | | | | | 1 | 1 | | | | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | Si | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 2 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60' | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | asistir al grupo AF | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE / 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO / 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 2 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 0 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO | 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 8 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO / 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Bueno |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA / 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | Trabajo | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 8 | | | | |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | PESO | | TALLA | | IMC | | CLASIFICACIÓN | | PERÍMETRO DE CINTURA | | CLASIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

## 6. FIRMAS

| 1. FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR(A) o FACILITADOR(A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS YA'S, MONITOR(A) HEVS o PROMOTOR(A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Magda Catalina Motta | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1069721533 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

El deporte es de todos | Mindeporte

| PROCESO: | Versión: 4 |
|---|---|
| FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 04/04/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | | NOMBRE DEL GRUPO | Tribu Tunjurahua | | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | Tunjurahua | | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | Tunjurahua | | ESCENARIO | Polideportivo | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3186916133 | | | | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Fernando Jose Salazar G | SEXO | M | FECHA DE NACIMIENTO | 25/10/13 | TIPO DE DOCUMENTO | TI | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1077239427 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | colombiana | GRUPO ÉTNICO | ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | ninguno | CONDICIÓN | ninguno | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Nueva EPS |
| SITUACIÓN LABORAL | Estudiante | NIVEL EDUCATIVO | Primaria | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | TELÉFONO CELULAR | 3186916133 | | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Calle 5a # 14-73 | ZONA | Urbana | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | San Pedro | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | angi Katherine | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | 3186916133 | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Angi Katherine | TELÉFONO CELULAR | 3186916133 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Teléfono | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | 3 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | |
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | | | | | | | |
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | |
| 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | | | | | | | |
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | |
| 2. ¿Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | | | | | | | |

### 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

| PESO | 30 | TALLA | 1.25 | IMC | | CLASIFICACIÓN | | PERÍMETRO DE CINTURA | 45 | CLASIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

## 6. FIRMAS

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR(A) o FACILITADOR (A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS VAS, MONITOR(A) HEVS o PROMOTOR(A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | angi Katherine | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082215084 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

El deporte es de todos | Mindeporte

| PROCESO: | FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
|---|---|---|
| FORMATO: | FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 04/09/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | Tribu tunjurahua | | | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | Tunjurahua | | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | Tunjurahua | ESCENARIO | Polideportivo | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 318691 6133 | | | | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Angy Katherine Cacua | | | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 16/02/93 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1083215684 | PAÍS DE NACIMIENTO | colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | | | GRUPO ÉTNICO | ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | ninguno | CONDICIÓN | ninguno | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | ComFamiliar | | |
| SITUACIÓN LABORAL | Tareas del Hogar | NIVEL EDUCATIVO | Tecnico | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | | TELÉFONO CELULAR | 318691 6133 | | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | calle 5a # 14-73 | | | ZONA | Urbana | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | San pedro | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Sebastian tamayo | TELEFONO CELULAR | 3132239928 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Portatil | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 | | |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | 1 | | | | | | 1 | | | 1 | | | | | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 2 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60' | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | Asistir al grupo AF |
| 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | | | | | | | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | |
|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada |

### 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

| | |
|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 3 |

### 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 0 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | | |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO | | | | |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 8 | | | | | | |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO |
| 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | | | | |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Bueno |

### 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 8 |

### 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

| PESO | 70 | TALLA | 1.65 | IMC | | CLASIFICACIÓN | | PERÍMETRO DE CINTURA | 81 | CLASIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

## 6. FIRMAS

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR(A) o FACILITADOR(A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS-VAS, MONITOR(A) HEVS o PROMOTOR(A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Angy Katherine | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1092215684 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
| Minderportes | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 06/03/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | Tribu Tunjurahua | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | Tunjurahua | | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | Tunjurahua | ESCENARIO | Polideportivo | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3214812334 | | | | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Ruth Cardenas | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 10/06/1960 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26606905 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | GRUPO ÉTNICO | Ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | Ninguna | CONDICIÓN | Ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Sanitas |
| SITUACIÓN LABORAL | Labores del Hogar | NIVEL EDUCATIVO | Secundaria | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | TELÉFONO CELULAR | 3214812334 | | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Cra 7 # 7-47 | ZONA | Urbana | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | La Trinidad | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Jair Libardo | TELÉFONO CELULAR | 3227453810 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Radio | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | Si | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | 2 |
| | | | | | | | | | | | | 1 | 1 | | | | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 4 | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | 20" |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 4 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60" | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | Apoyo al grupo AF | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | |
|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | Moderada |

### 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

| | |
|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 1 |

### 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 0 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | No |

### 3.5. HABITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | No | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | No |

### 3.5. HABITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, perdida del gusto y del olfato? | NO | 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10. Diría que su estado de salud es | Bueno | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | Ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | | | | |

### 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. | 2. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 8 | |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | PESO | 80 | TALLA | 160 | IMC | 31.25 | CLASIFICACIÓN | Obesidad 1 | PERÍMETRO DE CINTURA | 95 | CLASIFICACIÓN | En riesgo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre los mismos. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

## 6. FIRMAS

| FIRMA DEL USUARIO (A) | FIRMA GESTOR(A) O FACILITADOR(A) HEVS | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS Y/O MONITOR(A) HEVS o PROMOTOR(A) HEVS |
|---|---|---|
| Ruth Cardenas | | Oscar Ivan Trujillo Ocampo |
| NOMBRE COMPLETO: Ruth Cardenas | NOMBRE COMPLETO: | NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NUMERO DE DOCUMENTO: 26606905 | NUMERO DE DOCUMENTO: | NUMERO DE DOCUMENTO: 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
|---|---|---|
| El deporte es de todos Mindeporte | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 07/02/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | Tribu Tunguruahua | | | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | Tunguruahua | | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | Tunguruahua | ESCENARIO | Polideportivo | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP). | 3124032487 | | | | |

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Angela Maria Sara Camacho | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 11/03/80 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26.607.626 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | colombiana | GRUPO ÉTNICO | ninguno | | | | |
| DISCAPACIDAD | ninguno | CONDICIÓN | ninguno | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Comfamiliar | | |
| SITUACIÓN LABORAL | Tareas del Hogar | NIVEL EDUCATIVO | Técnico | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 1 | TELÉFONO CELULAR | 3124032487 | | | | |
| TELÉFONO FIJO | -o- | CORREO ELECTRONICO | -o- | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Cra 7 # 6-59 | ZONA | Urbana | | | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | Tunguruahua | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Oscar Trujillo | TELÉFONO CELULAR | 3222761421 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Ninguno | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 | | |

**2. DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 4 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | | | | 1 | | 1 | | | 1 | 1 | | | | | | |

**3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)**

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 5 | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | 60' |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 5 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60' | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | asistir al grupo AF | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderado | **3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO** 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 2 | **3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL** 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 0 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 2 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | **3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO** 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 8 | **3.6. MORBILIDAD REPORTADA** 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | BUENO | **3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES** 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 8 |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | PESO | 60 | TALLA | 1.59 | IMC | 27.14 | CLASIFICACIÓN | Sobrepeso | PERÍMETRO DE CINTURA | 101 | CLASIFICACIÓN | en riesgo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**
Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

**6. FIRMAS**

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR(A) Y FACILITADOR(A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS VAS, MONITOR(A) HEVS o PROMOTOR(A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Angela Maria Sara Camacho | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26.607.626 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FO-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 061031 2022 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | TRIBU TUNGURAHUA | | | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | | | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | TUNGURAGUA | ESCENARIO | POLIDEPORTIVO | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP) | 320 229 54 22 | | | | |

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | ANYI MARCELA ARAUJO MONTES | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 04-12-1991 | TIPO DE DOCUMENTO | C.C | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082 215 442 | PAÍS DE NACIMIENTO | COLOMBIA | NACIONALIDAD | COLOMBIANA | GRUPO ÉTNICO | NINGUNO | | |
| DISCAPACIDAD | NINGUNA | CONDICIÓN | NINGUNA | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | SUBSIDIADO | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | ECOPSOS |
| SITUACIÓN LABORAL | INDEPENDIENTE | NIVEL EDUCATIVO | TECNICO | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 1 | TELÉFONO CELULAR | 320 972 7107 | | |
| TELÉFONO FIJO | | CORREO ELECTRÓNICO | anyisita1204@hotmail.com | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | CRA 6 # 7-14 | ZONA | URBANA | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | BARRIO GUAYABAL | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | CELULAR | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A | MARTA MONTES | TELÉFONO CELULAR | 320 229 5922 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | PERIFONEO | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 2021 |

**2. DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | 6 |
| | | | 1 | | | | | | 1 | | | 1 | 1 | | | | | | |

**3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)**

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 2 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60 minutos | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | ASISTIR AL GRUPO A.F | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | |
|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizo la actividad física? | MODERADA |

**3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO**

| | |
|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 2 |

**3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 4 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 2 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 8 HORAS | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera o otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta [o hipertensión arterial]? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto? | NO |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Test diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | SI | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | OBESIDAD TIPO II | 10. Diría que su estado de salud es | BUENA | | |

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | NINGUNA | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 8 |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 98 | TALLA | 1.63 | IMC | 33.87 | CLASIFICACIÓN | OBESIDAD I | PERÍMETRO DE CINTURA | 107 | CLASIFICACIÓN | EN RIESGO |

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**
Marque con una equis (x), SI o NO, según respuesta del usuario

| | | |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

**6. FIRMAS**

| FIRMA DEL USUARIO (A) | FIRMA GESTOR (A) / FACILITADOR (A) HEVS | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS (AG. MONITOR DEL HEVS o PROMOTOR (A) HEVS) |
|---|---|---|
| Anyi Marcela Araujo | | Oscar Ivan Trujillo Ocampo |
| NOMBRE COMPLETO: Anyi Marcela Araujo | NOMBRE COMPLETO: | NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO: 1082 215 442 | NÚMERO DE DOCUMENTO: | NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| El deporte es de todos Mindeporte | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 10/03/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | | NOMBRE DEL GRUPO | Tribu Tunguruhua | | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | | | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | Tunguruhua | | ESCENARIO | Polideportivo | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP) | 3204652495 | | | | |

**1. DATOS DE IDENTIFICACION Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Nubia Patricia Camacho Yustiz | | | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 30/07/69 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26 607 003 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | | | GRUPO ÉTNICO | ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | ninguna | CONDICIÓN | ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Emssanar | | |
| SITUACIÓN LABORAL | Tareas del Hogar | NIVEL EDUCATIVO | Secundaria | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | | TELÉFONO CELULAR | 3204652495 | | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Calle 4 # 5-65 | | | ZONA | Urbana | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | Tunguruhua | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Carlos Ortiz | TELÉFONO CELULAR | 3106690320 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Portafolio | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 | | |

**2. DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | | | 1 | | | 1 | | | 1 | 1 | | 1 | | | | |

**3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)**

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | 60' |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60' | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | asistir al grupo AF |
| 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | | | | | | | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | |
|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada |

**3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO**

| | |
|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 2 |

**3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 0 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO | | |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Bueno | | |

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? 10 |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 79 | TALLA | 1.60 | IMC | 30.86 | CLASIFICACIÓN | Obesidad 1 | PERÍMETRO DE CINTURA | 100 | CLASIFICACIÓN | En riesgo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**
Marque con una equis (X) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

**6. FIRMAS**

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR(A) o FACILITADOR(A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS VAS, MONITOR(A) HEVS o PROMOTOR(A) HEVS | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Nubia Patricia Camacho | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26 607 003 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **PROCESO:** FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | | **Versión:** 4 |
| | **FORMATO:** FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | | **CÓDIGO:** FO-FR-054 |
| | | | **Fecha:** 19/01/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCION | 16/03/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFES | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1092215328 | NOMBRE DEL GRUPO | HEVS TRIBU TUNGURAHUA | | | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | TUNGURAHUA |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | BARRIO TUNGURAHUA | ESCENARIO | POLIDEPORTIVO | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP) | | 3219845381 | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | ESTEPHANIA CORDOBA CERQUERA | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 20/01/2000 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1004304944 | PAIS DE NACIMIENTO | COLOMBIA | NACIONALIDAD | COLOMBIANA | GRUPO ETNICO | NINGUNO | | |
| DISCAPACIDAD | NINGUNO | CONDICIÓN | NINGUNA | ORIENTACIÓN SEXUAL | HETEROSEXUAL | TIPO DE AFILIACION A SALUD | CONTRIBUTIVO | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | ASMETSALUD |
| SITUACIÓN LABORAL | TRABAJAR | NIVEL EDUCATIVO | UNIVERCITARIO | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | | TELÉFONO CELULAR | 3219845381 |
| TELÉFONO FIJO | | CORREO ELECTRÓNICO | STEFACORCER@HOT | DIRECCION DE DOMICILIO | CALLE 54 #5-06 | | | ZONA | URBANA |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | CIUDADELA | VIA DE CONTACTO CON EL USUARIO | CELULAR | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | LEIDY CERQUERA | TELÉFONO CELULAR | 3166466246 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | PERIFONEO | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | X | | | | | | | 2 | | 1 | 1 | | | | | | |

**3.1. ACTIVIDAD FISICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o camino para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuantos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o camino para desplazarse de un lugar a otro? | |
|---|---|---|---|---|---|

**3.2. ACTIVIDAD FISICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizo actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 2 | 3. En esos días, ¿cuanto tiempo dedico diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60 | 4. ¿Cual es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | ASISTIR A LOS GRUPOS A.F | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cual otra actividad física practica en el tiempo libre? | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**3.2. ACTIVIDAD FISICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| 6. ¿A que intensidad realizo la actividad física? | MODERADA |
|---|---|

**3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO**

| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuanto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 8 |
|---|---|

**3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL**

| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |
|---|---|---|---|---|---|

**3.5. HABITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |
|---|---|---|---|

**3.5. HABITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 8 |
|---|---|

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto? | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cual enfermedad o condicion de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | EXCELENTE | 1. ¿Cual es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | NINGUNO | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cual otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| 4. SEGUIMIENTO AUTOMONITOREO | PESO | 73 | TALLA | 164 | IMC | 26.7 | CLASIFICACIÓN | OBESIDAD | PERIMETRO DE CINTURA | 95 | CLASIFICACIÓN | EN RIESGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad: acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, quemo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas; de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X |
| **AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS:** Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X |
| **AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FILMICO Y/O FOTOGRAFICO:** Autorizo a tomar registro filmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Stephania Cerquera | | Oscar Ivan Trujillo Ocampo | | | |
| NOMBRE COMPLETO | Stephania Cordoba | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NUMERO DE DOCUMENTO | 1004304944 | NUMERO DE DOCUMENTO | | NUMERO DE DOCUMENTO | 1092215328 |

Scanned by TapScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| El Deporte es de todos | **PROCESO:** FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | | **Versión:** 4 |
| | **FORMATO:** FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | | **CÓDIGO:** FD-FR-054 |
| | | | **Fecha:** 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 18/03/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIO | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR JUAN TRUJILLO |
| NUMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1092215328 | NOMBRE DEL GRUPO | HEVS TRIBU TUNGURAHUA | | | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | TUNGURAHUA |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | TUNGURAHUA | ESCENARIO | POLIDEPORTIVO | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | | 3205597688 | |

**I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | JESSICA OCAMPO CARDOZO | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 29/04/93 | TIPO DE DOCUMENTO | | RC | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082215762 | PAÍS DE NACIMIENTO | COLOMBIA | NACIONALIDAD | COLOMBIANA | GRUPO ÉTNICO | | NINGUNO | |
| DISCAPACIDAD | NINGUNO | CONDICIÓN | NINGUNO | ORIENTACIÓN SEXUAL | HETEROSEXU | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | CONTRIBUTIVO | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | SANITAS |
| SITUACIÓN LABORAL | TRABAJAR | NIVEL EDUCATIVO | UNIVERSITARIO | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | | TELÉFONO CELULAR | 3205597688 |
| TELÉFONO FIJO | | CORREO ELECTRÓNICO | jessica93@hotm | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | CALLE 8 # 15-10 | | | ZONA | URBANA |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | CIUDADELA | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | CELULAR | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | ANTONIO OCAMPO | TELÉFONO CELULAR | 3169304020 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | PERIFONEO | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NUMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | 1 |

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuantos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | | 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizo actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60 | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | ASISTIR A LOS GRUPOS A.F | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cual otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

| 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE | | 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO | | 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL | | | | | | 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizo la actividad física? | MODERADA | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuanto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 6 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez esta lista para consumir y antes de probarla? | NO | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuantos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |

| 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO | | 3.6. MORBILIDAD REPORTADA | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, perdida del gusto y del olfato? | NO |

| 3.6. MORBILIDAD REPORTADA | | | | | | | | 3.7 COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnostico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cual enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | EXCELENTE | 1. ¿Cual es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | NINGUNO | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 9 |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 64 | TALLA | 1.67 | IMC | 59.4 | CLASIFICACIÓN | SOBREPESO | PERÍMETRO DE CINTURA | 85 | CLASIFICACIÓN | EN RIESGO |

**4. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL AUDIOVISUAL**

| | | |
|---|---|---|
| **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la practica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS:** Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO:** Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

**5. FIRMAS**

| | | |
|---|---|---|
| Jessica Ocampo | | Oscar Juan Trujillo Ocampo |
| NOMBRE COMPLETO: Jessica Ocampo | NOMBRE COMPLETO: | NOMBRE COMPLETO: Oscar Juan Trujillo |
| NÚMERO DE DOCUMENTO: 1082215762 | NÚMERO DE DOCUMENTO: | NÚMERO DE DOCUMENTO: 1092215328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FO-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 15/03/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARÁ | ROL CONTRACTUAL | Monitor profecional | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | tumburaqua |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1082155328 | NOMBRE DEL GRUPO | tribu tumburaqua | | | TIPO DE GRUPO | regular | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | tumburaqua |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | tumburaqua | ESCENARIO | Polideportivo | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | | 322 325 4187 | |

**1. DATOS DE IDENTIFICACION Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Rosa Virginia Córdoba V. | | SEXO F | | FECHA DE NACIMIENTO | 20-sep-1970 | TIPO DE DOCUMENTO | CC. | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26607057 | PAÍS DE NACIMIENTO | colombia | NACIONALIDAD | colombiana | GRUPO ÉTNICO | | | |
| DISCAPACIDAD | ninguna | CONDICIÓN | ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Ecopsos |
| SITUACIÓN LABORAL | tareas del hogar | NIVEL EDUCATIVO | Bachiller | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | | TELÉFONO CELULAR | 3223254187 |
| TELÉFONO FIJO | | CORREO ELECTRÓNICO | rosacobazo09@hotmail.com | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | cra 7c #7-47 | | | ZONA | urbana |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | Tumburahua | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | CELULAR | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Neily Alejandra Perdomo | TELÉFONO CELULAR | 3148032020 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Peñfono | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | Si | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 2021 |

**2. DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 4 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| 1 | | | | | | | | | | 1 | | 1 | 1 | | | | | | |

**3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)**

**3.1. ACTIVIDAD FISICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | Si | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | 1 hora |

**3.2. ACTIVIDAD FISICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | Si | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 6 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 1 hora | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | Aeróbicos | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | Caminar |

**3.2. ACTIVIDAD FISICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | |
|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | M |

**3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO**

| | |
|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 8 horas |

**3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 3 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 3 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | Si |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | |
|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 8 horas |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | BUENO | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | NINGUNA |

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 8 |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | PESO | 70 | TALLA | 1.53 | IMC | 26.13 | CLASIFICACIÓN | Sobrepeso | PERÍMETRO DE CINTURA | 90 | CLASIFICACIÓN | En riesgo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**
Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover y fortalecer las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de las necesidades, intereses y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

FIRMAS

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Rosa Virginia Córdoba V. | NOMBRE COMPLETO | Oscar Ivan Trujillo Ocampo |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | Rosa Virginia Córdoba 26.607.057 | NÚMERO DE DOCUMENTO | Oscar IVAN Trujillo 1082155328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

OK

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 7/02/22 | DEPARTAMENTO | Huila | MUNICIPIO | Yaguara | ROL CONTRACTUAL | monitor Profesional | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | Oscar Ivan Trujillo D |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1082215328 | NOMBRE DEL GRUPO | Tribu Tunguluhua | TIPO DE GRUPO | Regular | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | Tunguruhua | | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | Tunguruhua | ESCENARIO | Polideportivo | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | | 3174728866 | | | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Elizabeth Gutierrez Ocampo | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 3/08/12 | TIPO DE DOCUMENTO | TI | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082216051 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | GRUPO ÉTNICO | NINGUNA | | |
| DISCAPACIDAD | NINGUNA | CONDICIÓN | NINGUNA | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Nueva EPS |
| SITUACIÓN LABORAL | Estudiante | NIVEL EDUCATIVO | Primaria | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | TELÉFONO CELULAR | 3174728866 | | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Carrera 9 # 6-58 | ZONA | Urbana | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | Luis Carlos Galan | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | Norma Ocampo | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | 3174728866 | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Alfredo Gutierrez | TELÉFONO CELULAR | 3176716238 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Facebook | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 2022 |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | 4 |
| | | | | X | | | | | | P | | | P | | | | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60 | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | asesoria al Grupo A.F |
| 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | | | | | | | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | MODERADA | 7. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 8. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 3 | | |

### 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

### 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 2 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 2 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | | |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO | | | | |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 | | | | | | |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto? | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO |
| 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | | | | |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

### 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Excelente |
| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | NINGUNA | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

## 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

| PESO | 42 | TALLA | 1.42 | IMC | 20.83 | CLASIFICACIÓN | normal | PERÍMETRO DE CINTURA | 76 | CLASIFICACIÓN | Normal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (X) SI o NO, según respuesta del usuario

| | |
|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: Manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de Norma Constanza Ocampo. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la evidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X |

## 6. FIRMAS

| FIRMA DEL USUARIO (A) | FIRMA GESTOR(A) DEPORTIVO(A) | FIRMA DEL ARTICULADOR DE RESERVAS (SOLO PARA EVENTOS) |
|---|---|---|
| Norma Constanza Ocampo | | Oscar Ivan Trujillo Ocampo |
| NOMBRE COMPLETO: Elizabeth Gutierrez | NOMBRE COMPLETO: | NOMBRE COMPLETO: Oscar Ivan Trujillo D |
| NÚMERO DE DOCUMENTO: 1082216051 | NÚMERO DE DOCUMENTO: | NÚMERO DE DOCUMENTO: 1082215328 |

Scanned by TapScanner

| | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
|---|---|---|
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 28/02/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | promotor profesional | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | Oscar Juan Trujillo |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1032215328 | NOMBRE DEL GRUPO | Tribu Tunguruhua | | | TIPO DE GRUPO | regular | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | Tunguruhua | ESCENARIO | Polideportivo | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | | 3102544118 | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Paola Andrea Tovar Sua | | SEXO | MUJER | FECHA DE NACIMIENTO | | TIPO DE DOCUMENTO | CC | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | | GRUPO ÉTNICO | NINGUNO | |
| DISCAPACIDAD | NINGUNO | CONDICIÓN | NINGUNO | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Subsidiado | NOMBRE DE LA EAPS/EPS | Asmetsalud |
| SITUACIÓN LABORAL | Tareas del Hogar | NIVEL EDUCATIVO | Tecnico | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | TELÉFONO CELULAR | 310 254 4118 | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | Paolagrebatovar sua @Gmail.com | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Calle 5 N5-06 | | ZONA | URBANA | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | San Pedro | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Irlen Ramirez | TELÉFONO CELULAR | 320900 4437 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Periodicos | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 4 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | 1 | | 1 | | | | | | | | | 2 | 1 | | | | | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60 | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | asistir al Grupo A.F | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿Cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | MODERADA | | | | | | | | |

### 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 4 | 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 8 |

### 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO | | |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto? | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO |
| 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, perdida del gusto y del olfato? | NO | | | | | | | | |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | BUENO | | |

### 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | NINGUNA | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

| VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA | PESO | 74 | TALLA | 1.62 | IMC | 28.20 | CLASIFICACIÓN | Sobrepeso | PERÍMETRO DE CINTURA | 89 | CLASIFICACIÓN | riesgo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (x) SI o NO según la respuesta del usuario

| | | |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, suimo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

| | | |
|---|---|---|
| Paola Tovar Sua | | Oscar Juan Trujillo Ocampo |
| NOMBRE COMPLETO: Paola Tovar Sua | NOMBRE COMPLETO: | NOMBRE COMPLETO: Oscar Juan Trujillo Ocampo |
| NÚMERO DE DOCUMENTO: Paola Tovar Sua 1075251580 | NÚMERO DE DOCUMENTO: | NÚMERO DE DOCUMENTO: 1032215328 |

Scanned by TapScanner

El deporte es de todos | Minhacienda

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS

Versión: 4 | CÓDIGO: FD-FR-054 | Fecha: 19/07/2021

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 04/03/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL HEVS | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1.082.215.328 | NOMBRE DEL GRUPO | Tribu Tunguraluc | TIPO DE GRUPO | regular | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | Tunguraluc | | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | Tunguraluc | ESCENARIO | Polideportivo | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3203448027 | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Olga Lorena Perdomo M | SEXO | MUJER | FECHA DE NACIMIENTO | 4/06/78 | TIPO DE DOCUMENTO | Cc | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26.607483 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | GRUPO ÉTNICO | ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | ninguno | CONDICIÓN | ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Cotributo | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | NUEVA EPS |
| SITUACIÓN LABORAL | Tareas del Hogar | NIVEL EDUCATIVO | Profesional | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | | TELÉFONO CELULAR | 3203448027 |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Cra 5 #1-13 | | | ZONA | Urbana |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | las Mercedes | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Janice Mauricio C | TELÉFONO CELULAR | 3203327450 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Portafolio | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | 1 | | | | | | | | | 1 | 1 | | | | | | |

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60" | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | asistir al Grupo AF |
| 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | | | | | | | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 4 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 2 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |

**3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO** | **3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL** | **3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO | 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO** | **3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | | |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | BUENO | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | NINGUNA |

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ANTROPOMETRÍA | PESO | 74 | TALLA | 1.58 | IMC | 31.74 | CLASIFICACIÓN | obesidad 1 | PERÍMETRO DE CINTURA | 90 | CLASIFICACIÓN | normal |

| | | |
|---|---|---|
| **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, exonero al Ministerio del Deporte, el ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS:** Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO:** Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

| | | |
|---|---|---|
| Olga Lorena Perdomo | Cindy Edith Bonilla | Oscar Ivan Trujillo Ocampo |
| NOMBRE COMPLETO: Olga Lorena Perdomo | NOMBRE COMPLETO: | NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO: 26607483 | NÚMERO DE DOCUMENTO: | NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.082.215.328 |

Scanned by TapScanner

El deporte es de todos · Mindeporte

| PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
|---|---|
| FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 19/03/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | Monitor Profesional | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | Oscar Ivan Trujillo |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1082225328 | NOMBRE DEL GRUPO | TUNGURAHUA | | | TIPO DE GRUPO | Regular | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | TUNGURAHUA | ESCENARIO | POLIDEPORTIVO | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP) | 311 2116752 | | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Gloria Eugenia Cabanzo Medina | SEXO | femenino | FECHA DE NACIMIENTO | 05/Mayo/1989 | TIPO DE DOCUMENTO | C.C. | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082214860 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia. | NACIONALIDAD | Colombiana | GRUPO ÉTNICO | ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | ninguno | CONDICIÓN | ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Contributivo Sanitas | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Sanitas |
| SITUACIÓN LABORAL | Gerente del Hogar | NIVEL EDUCATIVO | tecnico | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2. | | | TELÉFONO CELULAR | 3112116752 |
| TELÉFONO FIJO | | CORREO ELECTRÓNICO | 40415_gru@hotmail.com | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Calle 5 # 5A07 | | | ZONA | urbana |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | la victoria | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Gustavo Rojas | TELÉFONO CELULAR | 3212799103. | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Perifoneo | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | 51 | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 21 |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | 0 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | NO |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 1 hora | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | caminar asisto al grupo AF | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | |
|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | Moderada |

### 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

| | |
|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 3 horas |

### 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | todos los días | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 4 Porciones | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO | | |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | |
|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 horas |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO |
| 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | | | | | | | | |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | bueno | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | ninguna |

### 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 60 | TALLA | 1.71 | IMC | 27.36 | CLASIFICACIÓN | sobrepeso | PERÍMETRO DE CINTURA | 69 | CLASIFICACIÓN | normal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (X) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

## 6. FIRMAS

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA GESTOR(A) TERRITORIAL HEVS | | FIRMA CONTRATISTA QUIEN APLICA LOS INSTRUMENTOS Y REGISTRA LA INFORMACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Gloria Eugenia Cabanzo | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | Oscar Ivan Trujillo Ramos |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082214860 yaguara | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082225328 |

Scanned by TapScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| El deporte es de todos Mindeporte | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 07/05/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | Oscar Juan Trujillo |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1082215328 | NOMBRE DEL GRUPO | TUNGURAHUA | | | TIPO DE GRUPO | Regular | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | TUNGURAHUA |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | TUNGURAHUA | ESCENARIO | POLIDEPORTIVO | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | | 320 275 9088 | |

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Yeimy Medina trujillo | | | SEXO | femenino | FECHA DE NACIMIENTO | 26/agosto/78. | TIPO DE DOCUMENTO | C.C. |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26 607 507. | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia. | NACIONALIDAD | Colombiana | | | GRUPO ÉTNICO | ninguno |
| DISCAPACIDAD | ninguno | CONDICIÓN | ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Contributivo | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Nueva EPS. |
| SITUACIÓN LABORAL | Gerente del Hogar | NIVEL EDUCATIVO | bachiller | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2. | | | TELÉFONO CELULAR | 320 275 7983 |
| TELÉFONO FIJO | | CORREO ELECTRÓNICO | yeimy426.1983@gmail.com | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Calle 7 # 7A-13 | | | ZONA | urbana |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | los pinos | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Edimer Ivañez | TELÉFONO CELULAR | 313 494 4181 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | perifoneo | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | | DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEV3 | 21 |

**2. DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | 0 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**3. ANTECEDENTE (PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)**

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | Si | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 7. | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | NO |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | Si | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 7 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 1 hora | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | Montar bicicleta | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, menciona ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | Moderado | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 8 horas | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | todos los días | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1. Porción | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 8 horas | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | bueno | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 69 | TALLA | 1.70 | IMC | 23.8 | CLASIFICACIÓN | Sobrepeso | PERÍMETRO DE CINTURA | 82 | CLASIFICACIÓN | Riesgo |

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**
Marcar con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | | |
|---|---|---|
| **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS:** Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO:** Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

**6. FIRMAS**

| | | |
|---|---|---|
| Yeimy Medina | | Oscar Juan Trujillo Campo |
| FIRMA DEL USUARIO (A) | FIRMA DEL CONTRATISTA QUE VERIFICA | FIRMA DEL MONITOR(A) ENCARGADO(A) DE LA SESIÓN |
| NOMBRE COMPLETO: Yeimy Medina. | NOMBRE COMPLETO: | NOMBRE COMPLETO: Oscar Juan Trujillo Campo |
| NÚMERO DE DOCUMENTO: 26. 607. 507 | NÚMERO DE DOCUMENTO: | NÚMERO DE DOCUMENTO: 1082215328 |

Scanned by TapScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | | CÓDIGO: FO-FR-054 |
| | | | Fecha: 19/03/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 14/02/22 | DEPARTAMENTO | Huila | MUNICIPIO | Yaguara | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1082215328 | NOMBRE DEL GRUPO | TUNGURAHUA | | | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | TUNGURAHUA |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | Tunguruhua | ESCENARIO | Polideportivo | | | URL GRUPO AF (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP) | | 3229149561 | |

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Olga Lucia Cadena Andrade | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 12/10/85 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1075209259 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | GRUPO ÉTNICO | NINGUNO | | |
| DISCAPACIDAD | NINGUNA | CONDICIÓN | NINGUNA | ORIENTACIÓN SEXUAL | HETEROSEXUAL | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Comfamiliar |
| SITUACIÓN LABORAL | TRABAJAR | NIVEL EDUCATIVO | Primaria | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 1 | TELÉFONO CELULAR | 3229149561 | | |
| TELÉFONO FIJO | | CORREO ELECTRÓNICO | | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Calle 8 #7A-09 | ZONA | Urbana | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | TUNGURAHUA | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | CELULAR | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Astrid Cadena | TELÉFONO CELULAR | 3222228613 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Facebook | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | Si | DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | |

**2. DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 4 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | X | | | | | | | |

**3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)**

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60 |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | ASISTIR AL GRUPO A.F | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |
|---|---|---|---|

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | MODERADA |
|---|---|

**3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO**

| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 6 |
|---|---|

**3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL**

| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |
|---|---|---|---|---|---|

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |
|---|---|---|---|

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 8 |
|---|---|

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto? | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO |
|---|---|---|---|---|---|
| 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | EXCELENTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | NINGUNA | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |
|---|---|---|---|---|---|

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 100 | TALLA | 160 | IMC | 39.06 | CLASIFICACIÓN | Obesidad 2 | PERÍMETRO DE CINTURA | 102 | CLASIFICACIÓN | NORMAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**
Marque con una equis (X) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteoarticulares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y misional multimedial, además de, las necesidades, alcances y expectativas de los comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

**6. FIRMAS**

| | | |
|---|---|---|
| Olga Lucia Cadena | | Oscar Ivan Trujillo Ocampo |
| NOMBRE COMPLETO: Olga Lucia Cadena | NOMBRE COMPLETO | NOMBRE COMPLETO: Oscar Ivan Trujillo |
| NÚMERO DE DOCUMENTO: 1075209259 | NÚMERO DE DOCUMENTO | NÚMERO DE DOCUMENTO: 1082215328 |
| FIRMA USUARIO O ACUDIENTE | FIRMA PROFESIONAL O ENTRENADOR | FIRMA DEL ARTICULADOR (PROFESIONAL, MONITOR, ENTRENADOR) |

Scanned by TapScanner

PROCESO:

FORMATO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL

FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS

Versión: 4 | CÓDIGO: FD-FR-054 | Fecha: 19/07/2021

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 08/03/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR JUAN TRUJILLO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1082215328 | NOMBRE DEL GRUPO | tumburagua | | | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | TUNGURAHUA |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | TUNGURAHUA | ESCENARIO | POLIDEPORTIVO | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP) | | | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | blanca Gutierrez Menza | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 25-05- | TIPO DE DOCUMENTO | C.C. |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 41.587.221 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | GRUPO ÉTNICO | Ninguno |
| DISCAPACIDAD | Ninguna | CONDICIÓN | Ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | heterose | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Subsidado |
| SITUACIÓN LABORAL | ama de casa | NIVEL EDUCATIVO | Primaria | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | NOMBRE DE EAPB O EPS | Asmesalud |
| TELÉFONO FIJO | | CORREO ELECTRÓNICO | | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Cra 7# 7-29 | TELÉFONO CELULAR | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | barrio tumburagua | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | celular. | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | ZONA | urbana |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | ROBERTO RINCON | TELÉFONO CELULAR | 3207468151 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Periodico | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | Si |
| | | | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| | | | | | | DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 2022 |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | 4 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 16 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | | 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 |
| 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60 | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | AISTIR AL GRUPO A.F | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | | | | | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderada | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 2 horas | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 3 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | antes |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO | 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 10 horas | | | | |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | Si | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto? | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | Si | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO |
| 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | | | | | | | | |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | bueno | | |

### 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | Ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 7 | | |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 80 | TALLA | 160 | IMC | 30.11 | CLASIFICACIÓN | obesidad 1 | PERÍMETRO DE CINTURA | 102 | CLASIFICACIÓN | en riesgo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (x) "SI" o "NO" según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesta que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas concordantes. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover y divulgar las publicaciones, presentaciones en eventos y material audiovisual, además de las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

## 6. FIRMAS

| | | |
|---|---|---|
| Blanca Gutierrez M. | | Oscar Juan Trujillo Ramos |
| NOMBRE COMPLETO: blanca Gutierrez M. | NOMBRE COMPLETO | NOMBRE COMPLETO: Oscar Juan Trujillo |
| NÚMERO DE DOCUMENTO: 41587.221 | NÚMERO DE DOCUMENTO | NÚMERO DE DOCUMENTO: 1082215328 |

Scanned by TapScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| El Deporte es de todos | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL<br>FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | Versión: 4<br>CÓDIGO: FD-FR-054<br>Fecha: 19/07/2021 | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 8/03/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | Monitor Profesional | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR JUAN TRUJILLO |
| NUMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1082285328 | NOMBRE DEL GRUPO | Tumburaguas | | | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | TUNGURAHUA |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | TUNGURAHUA | ESCENARIO | POLIDEPORTIVO | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | | 3229021873 | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Laura Valentina Vivas Osorio | | | SEXO | Femenino | FECHA DE NACIMIENTO | 04/10/2007 | TIPO DE DOCUMENTO | T.I | | |
| NUMERO DE DOCUMENTO | 1130024144 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | | | GRUPO ÉTNICO | Ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | Ninguno | CONDICIÓN | Ninguno | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | contributivo | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Admed Salud | | |
| SITUACIÓN LABORAL | Ninguno | NIVEL EDUCATIVO | Basica secundaria | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | Desplazada | | | TELÉFONO CELULAR | 3229021873 | | |
| TELÉFONO FIJO | Ninguno | CORREO ELECTRÓNICO | vivasosorio laura@gmail.com | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | calle 6 #7-95 | | | ZONA | Urbana | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | Tumburaguas | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | Rosa Helena | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | 3185118081 | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Laura Osorio | TELÉFONO CELULAR | 3185118081 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Periforico | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | Si | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 2021 | | |

| 0 a 5 años | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NUMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | |
| | | | | | | | X | | | | | | | | X | X | | |

| 3.1. ACTIVIDAD FISICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE | | | | | 3.2. ACTIVIDAD FISICA EN EL TIEMPO LIBRE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o camino para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | Si | 2. ¿Cuantos días a la semana? | 2 | 3. ¿En esos días, ¿cuanto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o camino para desplazarse de un lugar a otro? | 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | Si | 2. ¿Cuantos días a la semana? | 5 | 3. En esos días, ¿cuanto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 1h | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | trotar | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

| 3.2. ACTIVIDAD FISICA EN EL TIEMPO LIBRE | | 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO | | 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL | | | | | | 3.5. HABITOS DE TABACO Y SUEÑO | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizo la actividad física? | Duro | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuanto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 6h | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "porciones" de fruta consumió en el día? | 3 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 5 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez esta lista para consumir y antes de probarla? | No | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | No | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuantos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | |

| 3.5. HABITOS DE TABACO Y SUEÑO | | 3.6. MORBILIDAD REPORTADA | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuanto tiempo durmió en promedio en la noche? | 8h | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un medico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presion arterial alta (o hipertensión arterial)? | No | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un medico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azucar en la sangre es alto? | No | 3. ¿Su medico le ha informado que tiene alguna condición medica que pueda empeorarse con la actividad física? | No | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presion arterial alta? | No | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azucar alta en la sangre? | No | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | No |

| 3.6. MORBILIDAD REPORTADA | | | | | | | | 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnostico POSITIVO para COVID-19 en los dos ultimos meses? | No | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | No | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condicion de salud presenta? | | 10. Diria que su estado de salud es | Bueno | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | Ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4. MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | PESO | 54 | TALLA | 163 | IMC | 20.30 | CLASIFICACIÓN | NORMAL | PERIMETRO DE CINTURA | 64 | CLASIFICACIÓN | NORMAL |

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la practica de actividad física, así mismo en mi calidad de acudiente de Rosa Helena Fajardo. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. X

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo: autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demas normas complementarias. X

AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FILMICO Y/O FOTOGRAFICO: Autorizo a tomar registro filmico y/o fotografico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de las necesidades, intereses y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. X

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Laura Valentina | | | Oscar Juan Trujillo Ocampo | | |
| NOMBRE COMPLETO | Laura Valentina Vivas Osorio | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | Oscar Juan Trujillo Ocampo |
| NUMERO DE DOCUMENTO | 1130024144 | NUMERO DE DOCUMENTO | | NUMERO DE DOCUMENTO | 1082285328 |

Scanned by TapScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| El deporte es de todos · Mindeporte | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL<br>FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | Versión: 4<br>CÓDIGO: FD-FR-054<br>Fecha: 19/07/2021 | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 01-04-22 | DEPARTAMENTO | Huila | MUNICIPIO | Yaguara | ROL CONTRACTUAL | Monitor profesional | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | Oscar Juan Trujillo |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1082.2[illegible]328 | NOMBRE DEL GRUPO | Tunguragua | | | TIPO DE GRUPO | Regular | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | Tunguratwa |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | Barrio Tunguragua | ESCENARIO | polideportivo | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP) | 3174622669 | | |

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Mayerly Montes Galindo | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 05-Sep-1988 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082.214.751 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | GRUPO ÉTNICO | Ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | Ninguna | CONDICIÓN | Ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Hetero | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Asmetsalud |
| SITUACIÓN LABORAL | tareas del hogar | NIVEL EDUCATIVO | Secundaria | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 1 | TELÉFONO CELULAR | 3174622669 | | |
| TELÉFONO FIJO | | CORREO ELECTRÓNICO | mayerlymg1988@gmail.com | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Cra 8 # 6-05 | ZONA | Urbana | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | Barrio Guayabal | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | 3174622669 | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Carmen montes | TELÉFONO CELULAR | 3174622669 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | periodico | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | Si | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 2022 |

**2. DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 0 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)**

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | Si | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 2 | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | 7 |
|---|---|---|---|---|---|

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | Si | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 2 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | caminar | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | moderado | **3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO** 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 2 Horas |
|---|---|---|---|

**3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL**

| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 3 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |
|---|---|---|---|---|---|

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | Ninguno |
|---|---|---|---|

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 8 horas |
|---|---|

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto? | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | bueno |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | pereza | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |
|---|---|---|---|---|---|

**4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS**

| PESO | 63 | TALLA | 1.62 | IMC | 27.14 | CLASIFICACIÓN | Sobrepeso | PERÍMETRO DE CINTURA | 80 | CLASIFICACIÓN | Riesgo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**

Si alguna casilla aparece (X) SI o NO, pregunte nuevamente al usuario

| | | |
|---|---|---|
| **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, así mismo en mi calidad de acudiente de _____ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | | |
| **AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS:** Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | | |
| **AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO:** Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | | |

**6. FIRMAS**

| FIRMA DEL USUARIO/A | | FIRMA DEL ACUDIENTE | | FIRMA DEL PROFESIONAL ENCARGADO DE LA SESIÓN |
|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Mayerly Montes Galindo | NOMBRE COMPLETO | | Oscar Juan Trujillo Ocampo |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082214751 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | 1082215328 |

Scanned by TapScanner

PROCESO:

FORMATO:

FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL

FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS

Versión: 4
CÓDIGO: FD-FR-054
Fecha: 19/07/2021

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 07/02/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO |
| NUMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1082215328 | NOMBRE DEL GRUPO | TUNGURAHUA | | | TIPO DE GRUPO | | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | TUNGURAHUA |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | TUNGURAHUA | ESCENARIO | POLIDEPORTIVO | | | URL GRUPO AF (LINK PAGE FACEBOOK O WHATSAPP) | | 3103528164 | |

## 1. DATOS DE LA PERSONA BENEFICIARIA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | MARIA MAGNOLIA PALOMINO SAENZ | SEXO | MUJER | FECHA DE NACIMIENTO | 20/09/78 | | TIPO DE DOCUMENTO | CC | |
| NUMERO DE DOCUMENTO | 26.607.537 | PAÍS DE NACIMIENTO | COLOMBIA | NACIONALIDAD | COLOMBIANA | | GRUPO ETNICO | NINGUNO | |
| DISCAPACIDAD | NINGUNA | CONDICIÓN | NINGUNA | ORIENTACIÓN SEXUAL | HETEROSEXUAL | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Asmetsalud |
| SITUACIÓN LABORAL | TAREAS DEL HOGAR | NIVEL EDUCATIVO | TECNICO | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | | TELÉFONO CELULAR | 3203528164 |
| TELÉFONO FIJO | | CORREO ELECTRÓNICO | | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | CALLE 5 #13-51 | | | ZONA | URBANA |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | CIUDADELA | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | CELULAR | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A | CARL LUCANO | TELÉFONO CELULAR | 3054469816 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | PERIFONEO | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | 51 | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

## 2. DATOS DEMOGRÁFICOS

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NUMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 4 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | 1 | | | | | | | 1 | | 1 | | | | | | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES, SOCIOFAMILIARES CON ENFOQUE DIFERENCIAL

### 3.1. ACTIVIDAD FISICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |
|---|---|---|---|---|---|

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60 | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | ASISTIR A LOS GRUPOS A.F | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| 6. ¿A que intensidad realiza la actividad física? | MODERADA | 7. ¿Cuántas veces a la semana realiza actividad física? | 3 | 8. ¿Cuánto tiempo en promedio dedica a la actividad física? | 60 |
|---|---|---|---|---|---|

### 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 4 |
|---|---|

### 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |
|---|---|---|---|---|---|

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |
|---|---|---|---|

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| 9. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 |
|---|---|

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

### 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | NINGUNA | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

### 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

| PESO | 70 | TALLA | 1.62 | IMC | 26.35 | CLASIFICACIÓN | SOBREPESO | PERÍMETRO DE CINTURA | 85 | CLASIFICACIÓN | EN RIESGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (X) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

## 6. FIRMA

| | | |
|---|---|---|
| María Magnolia Palomino Saenz | | Oscar Ivan Trujillo Campo |
| FIRMA DEL USUARIO | FIRMA DEL ACUDIENTE (SI APLICA) | FIRMA DEL RATIFICADOR (SOLO PARA EL MOMENTO DE SALIDA) |
| NOMBRE COMPLETO: María Magnolia Palomino | NOMBRE COMPLETO: | NOMBRE COMPLETO: Oscar Ivan Trujillo Campo |
| NUMERO DE DOCUMENTO: 26607537 | NUMERO DE DOCUMENTO: | NUMERO DE DOCUMENTO: 1082215328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| El deporte es de todos Mindeporte | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 16/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 7/03/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1082215328 | NOMBRE DEL GRUPO | tumburagua | | | TIPO DE GRUPO | ROGUCAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | TUNGURAHUA |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | TUNGURAHUA | ESCENARIO | POLIDEPORTIVO | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | | 3209757481 | |

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Yina Marcela Javel Perdomo | SEXO | Mujer | FECHA DE NACIMIENTO | 28-11-1997 | TIPO DE DOCUMENTO | C.C | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082216801 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | GRUPO ÉTNICO | Ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | Ninguna | CONDICIÓN | Ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Asmet Salud |
| SITUACIÓN LABORAL | Tareas del Hogar | NIVEL EDUCATIVO | Tecnologo | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 1 | TELÉFONO CELULAR | 3209757481 | | |
| TELÉFONO FIJO | | CORREO ELECTRÓNICO | | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Cll 5B# 12-51 | ZONA | Urbana | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | Ciudadela | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Luisa Fernanda P | TELÉFONO CELULAR | 3203457978 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Periforeo | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | Si | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

**2. DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | 3 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)**

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | Si | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60 | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | Asistir a los grupos A-F | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | |
|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | Moderada |

**3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 4 | | |

**3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO | | |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | | | | | | |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | | | |

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | Ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

**4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS**

| PESO | 59 | TALLA | 1.61 | IMC | 22.10 | CLASIFICACIÓN | Sobrepeso | PERÍMETRO DE CINTURA | 61 | CLASIFICACIÓN | NORMAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**
Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | | |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, exímo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

**6. FIRMAS**

| FIRMA DEL USUARIO (A) | | FIRMA DEL CONTRATISTA (A) HEVS | | FIRMA DEL ARTICULADOR (A) HEVS DEL MUNICIPIO |
|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | Yina Javel Perdomo | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO: Oscar Ivan Trujillo Alcampo |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082216801 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO: 1082215328 |

Scanned by TapScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| El deporte es de todos · Mindeporte | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 7/03/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1082215328 | NOMBRE DEL GRUPO | Tumburagua | | | TIPO DE GRUPO | Regular | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | TUNGURAHUA |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | TUNGURAHUA | ESCENARIO | POLIDEPORTIVO | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | | 3209757481 | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Samantha Sanchez Jovel | SEXO | Mujer | FECHA DE NACIMIENTO | 29-03-2013 | TIPO DE DOCUMENTO | T.I | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082216177 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | GRUPO ÉTNICO | Ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | Ninguna | CONDICIÓN | Ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Asmet Salud |
| SITUACIÓN LABORAL | Estudiante | NIVEL EDUCATIVO | Primaria | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 1 | TELÉFONO CELULAR | 3209757481 | | |
| TELÉFONO FIJO | | CORREO ELECTRÓNICO | | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Cll 5B # 12-51 | ZONA | Urbana | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | Ciudadela | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | Yina Jovel | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | 3209757481 | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Yina Jovel | TELÉFONO CELULAR | 3209757481 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Perifoneo | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | Si | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | 1 | | | | | | 1 | | | | | | | | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | Si | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60 | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | Asistir a los grupos A-F |
| 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | | | | | | | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | Moderada | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 4 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO | | | | | | |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | | | | | | |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

### 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | Ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 | | |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 31 | TALLA | 1.15 | IMC | 2344 | CLASIFICACIÓN | normal | PERÍMETRO DE CINTURA | 53 | CLASIFICACIÓN | NORMAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de Yina Jovel. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

## 6. FIRMAS

| FIRMA DEL USUARIO (A) | FIRMA GESTOR(A) / ACREDITADO(A) HEVS | FIRMA DEL SUPERVISOR O INTERVENTOR DEL CONTRATO |
|---|---|---|
| Samantha Sanchez Jovel | | Oscar Ivan Trujillo Ocampo |
| NOMBRE COMPLETO: Samantha Sanchez | NOMBRE COMPLETO: | NOMBRE COMPLETO: Oscar Ivan Trujillo Ocampo |
| NÚMERO DE DOCUMENTO: 1082216177 | NÚMERO DE DOCUMENTO: | NÚMERO DE DOCUMENTO: 1082215328 |

Scanned by TapScanner

| | | |
|---|---|---|
| | **PROCESO:** FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | **Version:** 4 |
| | **FORMATO:** FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | **CÓDIGO:** FD-FR-054 |
| | | **Fecha:** 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 07/03/22 | DEPARTAMENTO | Huila | MUNICIPIO | Yaguara | POL CONTRACTUAL | Monitor Profesional | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | Oscar Juan Trujillo |
| NUMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1082215318 | NOMBRE DEL GRUPO | Tumburagua | | | TIPO DE GRUPO | Regular | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | Tunguranhua |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | Tunguranhua | ESCENARIO | Polideportivo | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP) | | 3214595687 | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Yaneth Chantre V. | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 3-12-1969 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26592946 | PAIS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | GRUPO ETNICO | Ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | Ninguno | CONDICIÓN | Ninguno | ORIENTACIÓN SEXUAL | Ninguna | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Sub | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Asmetsalud |
| SITUACIÓN LABORAL | tarea del Hogar | NIVEL EDUCATIVO | Primaria | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 1 | | | TELÉFONO CELULAR | 3214595687 |
| TELÉFONO FIJO | | CORREO ELECTRÓNICO | yanetcantre@gmail.com | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | cll 1 # 8-34 | | | ZONA | Urbano |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | las Mercedes | VIA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Dary Perez | TELÉFONO CELULAR | 3106132678 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Periforeo | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | Si | DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 2022 |

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NUMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | | | | | | | | | 1 | 1 | | | | | | |

**3.1. ACTIVIDAD FISICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o camino para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuantos días a la semana? | 3 | 3. ¿En esos días, ¿cuanto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o camino para desplazarse de un lugar a otro? | |
|---|---|---|---|---|---|

**3.2 ACTIVIDAD FISICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | Si | 2. ¿Cuantos días a la semana? | 5 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedico diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60 | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | Asistir al grupo A. F | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**3.3. ACTIVIDAD FISICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| 6. ¿A que intensidad realizo la actividad física? | Moderada |
|---|---|

**3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO**

| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 3 |
|---|---|

**3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL**

| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez esta lista para consumir y antes de probarla? | NO |
|---|---|---|---|---|---|

**3.5. HABITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | No | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumo en su presencia? | NO |
|---|---|---|---|

**3.5. HABITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 |
|---|---|

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| 1. ¿Alguna vez le ha dicho un medico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un medico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto? | NO | 3. ¿Su medico le ha informado que tiene alguna condición medica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | No | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cual enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Elija que su estado de salud es | Excelente | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios sola a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | Ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| 4. MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | PESO | 72 | TALLA | 1.55 | IMC | 26.10 | CLASIFICACION | Sobrepeso | PERIMETRO DE CINTURA | 97 | CLASIFICACION | Riesgo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO**

| | |
|---|---|
| **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la prevención de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, asegurando las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, exono al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas | X |
| **AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS:** Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X |
| **AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FILMICO Y/O FOTOGRÁFICO:** Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover o ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la situación de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X |

| | | |
|---|---|---|
| "Yaneth Chantre" | | Oscar Juan Trujillo Campo |
| **FIRMA DEL USUARIO** | | **FIRMA** |
| NOMBRE COMPLETO: Yaneth Chantre | NOMBRE COMPLETO: | NOMBRE COMPLETO: Oscar Juan Trujillo Campo |
| NUMERO DE DOCUMENTO: 26592946 | NUMERO DE DOCUMENTO: | NUMERO DE DOCUMENTO: 1082215318 |

Scanned by TapScanner

| | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
|---|---|---|
| El deporte es de todos | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 07/03/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | Oscar Iván Trujillo |
| NUMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1082215328 | NOMBRE DEL GRUPO | TUNGURAHUA | | | TIPO DE GRUPO | Regular | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | TUNGURAHUA |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | TUNGURAHUA | ESCENARIO | POLIDEPORTIVO | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | | 310 6132678 | |

**1. CARACTERIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Darcy Cfeiez Hernandez | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 26-02-1992 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | |
| NUMERO DE DOCUMENTO | 1084923969 | PAIS DE NACIMIENTO | colombia | NACIONALIDAD | colombiana | GRUPO ETNICO | Ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | Ninguna | CONDICIÓN | Ninguna | ORIENTACION SEXUAL | Ninguna | TIPO DE AFILIACION A SALUD | sub | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Sanitas |
| SITUACION LABORAL | tarea del Hogar | NIVEL EDUCATIVO | tecnico | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | | TELEFONO CELULAR | 3106132678 |
| TELEFONO FIJO | | CORREO ELECTRONICO | darcyperez32@gmail.com | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | cll6 # 13-77 | | | ZONA | urbana |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | ciudadela san pedro | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | yanet chantre | TELÉFONO CELULAR | 3214595687 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Perifoneo | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | Si | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 2022 |

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NUMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | | | | | | | | | 1 | 1 | | | | | | |

**2. CARACTERIZACIÓN DE LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA**

| 2.1. ACTIVIDAD FISICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE | | | | | 2.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o camino para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | Si | 2. ¿Cuantos días a la semana? | 3 | 3. ¿En esos días, ¿cuanto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o camino para desplazarse de un lugar a otro? | 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizo actividad física en su tiempo libre? | Si | 2. ¿Cuantos días a la semana? | 5 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60 | 4. ¿Cual es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | Asistir al grupo AF | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cual otra actividad física practica en el tiempo libre? |

| 2.2. ACTIVIDAD FISICA EN EL TIEMPO LIBRE | 2.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO | 2.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL | | | | 2.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizo la actividad física? | Moderada | 1. ¿Durante los ultimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 3 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los ultimos 7 días cuantas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez esta lista para consumir y antes de probarla? | NO | 1. ¿Usted fuma actualmente algun producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los ultimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fuma en su presencia? | NO |

| 2.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO | | 2.6. MORBILIDAD REPORTADA | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuanto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un medico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presion arterial alta (o hipertension arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un medico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azucar en la sangre es alto? | NO | 3. ¿Su medico le ha informado que tiene alguna condicion medica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azucar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los ultimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestion nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, perdida del gusto y del olfato? | NO |

| 2.6. MORBILIDAD REPORTADA | | | | | | | | 2.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnostico POSITIVO para COVID-19 en los dos ultimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cual enfermedad o condicion de salud presenta? | | 10. Diria que su estado de salud es | Excelente | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | Ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cual otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿que tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

| | PESO | 96 | TALLA | 1.59 | IMC | 28.10 | CLASIFICACION | Sobrepeso | PERIMETRO DE CINTURA | 104 | CLASIFICACIÓN | Riesgo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**3. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS E IMÁGENES Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física. asi mismo en mi calidad de acudiente de _____ Asumo todos los riesgos asociados con la participacion en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas | X | |
| AUTORIZACION DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias | X | |
| AUTORIZACION DE MATERIAL FILMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas | X | |

**4. FIRMAS**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Darcy C Perez | | | Oscar Ivan Trujillo Ramos | | |
| NOMBRE COMPLETO | Darcy C Perez | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | Oscar Ivan Trujillo Ramos |
| NUMERO DE DOCUMENTO | 1084923969 | NUMERO DE DOCUMENTO | | NUMERO DE DOCUMENTO | 1082215328 |

Scanned by TapScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | | Versión: 4 |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 07/02/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARÁ | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1082215328 | NOMBRE DEL GRUPO | Tunguruhua | | | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | TUNGURAGUA |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | TUNGURAHUA | ESCENARIO | POLIDEPORTIVO TUNGURAHUA | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | | 3123882519 | |

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Yury Andrea Chila | SEXO | F | F | FECHA DE NACIMIENTO | 08-09/84 | TIPO DE DOCUMENTO | C.C. | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 55.114.847 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | GRUPO ÉTNICO | Ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | Ninguna | CONDICIÓN | Ningona | ORIENTACIÓN SEXUAL | heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Asmet Salud |
| SITUACIÓN LABORAL | Tareas del hogar | NIVEL EDUCATIVO | Bachiller | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2º | | | TELÉFONO CELULAR | 3123880519 |
| TELÉFONO FIJO | | CORREO ELECTRÓNICO | chilayury4@gmail.com | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Cll 7 # 7A-25 | | | ZONA | Urbana |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | Tunguruhua | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Jhon Fabio Araujo Vasquez | TELÉFONO CELULAR | 3204826263 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Perifoneo | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | Si | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 2021 |

**2. DATOS DEL HOGAR**

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 4 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | | | | X | | | X | | | | | X | X | | | | | | |

**3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)**

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 0 | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | Si | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60 minutos | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | aerobicos |
| 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física práctica en el tiempo libre? | | | | | | | |

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | M | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 5 horas | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | todos los días | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 2 diarios |
| 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | Si | | | | | | |

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO | | | | |

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 8 horas | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto? | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO |

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | | |

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | Buena |

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | Ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 7 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 75 | TALLA | 157 | IMC | 30,43 | CLASIFICACIÓN | obesidad 1 | PERÍMETRO DE CINTURA | 93 | CLASIFICACIÓN | 110 cm |

**5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO**

Marque con una equis (X) SI o NO según corresponda a cada usuario

| | | |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas | X | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| NOMBRE COMPLETO | Yury Andrea Chila | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | Oscar Ivan Trujillo Ocampo |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 55.114.847 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082215328 |
| | USUARIO | | ACUDIENTE | | INSTRUCTOR |

Scanned by TapScanner

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| El deporte es de todos | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | | | | | | | | | Versión: 4 | |
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | | | | | | | | | CÓDIGO: FD-FR-054 | |
| | | | | | | | | | | Fecha: 19/07/2021 | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 7-2-2022 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFES | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR IVAN TRUJILLO O. | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1082215328 | NOMBRE DEL GRUPO | TRIBU TUMBURAGUA | | | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | TUMBURAGUA | | |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | TUMBURAGUA | ESCENARIO | POLIDEPORTIVO | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | | 3208859600 | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | FRANCIA ELENA PAVA LOSADA | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 9-9-1977 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26607440 | PAÍS DE NACIMIENTO | COLUMBIA | NACIONALIDAD | COLUMBIANA | GRUPO ÉTNICO | NINGUNO | | |
| DISCAPACIDAD | NINGUNA | CONDICIÓN | NINGUNA | ORIENTACIÓN SEXUAL | HETEROSEXUAL | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | CONTRIBUTIVO | NOMBRE DE EAPB/EPS | SANITAS |
| SITUACIÓN LABORAL | EMPLEADA | NIVEL EDUCATIVO | UNIVERSITARIO | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | DOS | TELÉFONO CELULAR | 3208859600 | | |
| TELÉFONO FIJO | | CORREO ELECTRÓNICO | francia8605@hotmail.com | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | CRA 10A # 7-106 | ZONA | URBANA | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | C. SAN PEDRO II | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | WHATSAPP | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | NELSON CUELLAR | TELÉFONO CELULAR | 3023092374 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | PERIFONEO | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 2021 |

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | 3 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 0 | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

**3.2 ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizo actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 5 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 1,20 H. | 4. ¿Cual es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | A.F. | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cual otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | M | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 8 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 2 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuantos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |

**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 5 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |

**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cual enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | BUENO | 1. ¿Cual es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | TRABAJO | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cual otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 70 | TALLA | 1.68 | IMC | 24.80 | CLASIFICACIÓN | normal | PERIMETRO DE CINTURA | 70 | CLASIFICACIÓN | NORMAL |

| | |
|---|---|
| **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X |
| **AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS:** Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X |
| **AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FILMICO Y/O FOTOGRÁFICO:** Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X |

| FIRMA DEL USUARIO | | FIRMA DEL ACUDIENTE | | FIRMA DEL CONTRATISTA | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO | FRANCIA ELENA PAVA | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | Oscar Ivan Trujillo Ocampo |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26607440 | NÚMERO DE DOCUMENTO | | NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082215328 |

Scanned by TapScanner

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 | Fecha: 19/07/2021

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 03/03/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIONAL | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR JUAN TRUJILLO |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1082215328 | NOMBRE DEL GRUPO | Tumburagua | | | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | FUNGURAHUA |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | Fungurahua | ESCENARIO | POLIDEPORTIVO | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3124790507 | | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Ana Rocio Villegas Cordoba | SEXO | Femenino | FECHA DE NACIMIENTO | 22-05-1999 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082217152 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | GRUPO ÉTNICO | Ninguno | | |
| DISCAPACIDAD | Ninguna | CONDICIÓN | Ninguna | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Contributivo | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Nueva Eps |
| SITUACIÓN LABORAL | Desempleada | NIVEL EDUCATIVO | Profesional | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | TELÉFONO CELULAR | 3124790507 | | |
| TELÉFONO FIJO | | CORREO ELECTRÓNICO | anarocva@hotmail | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Cll 4 N° 4-70 | ZONA | Urbana | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | Tumburagua | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Alba Poco Mamá | TELÉFONO CELULAR | 3132834411 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Periqueo | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | | Sí | DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 2022 |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | 3 |
| | | | | | | | | | | X | | | X | | X | | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | Sí | 2. ¿Cuantos días a la semana? | 5 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 1 hora | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | Aeróbicos |
| 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | | | | | | | |
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | 1 hora | | | | | | |

### 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 5 horas | | |

### 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | Ninguna | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO | 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 8 horas |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO |
| 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | No | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | |
| 10. Diría que su estado de salud es | Bueno | | | | |

### 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | Ninguna | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 8 |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 64 | TALLA | 155 | IMC | 23.11 | CLASIFICACIÓN | Normal | PERÍMETRO DE CINTURA | 86 | CLASIFICACIÓN | Riesgo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de asistente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover + divulgar las publicaciones, presentaciones en seminarios y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de los participantes | X | |

## 6. FIRMAS

| FIRMA | FIRMA GESTOR(A) TERRITORIAL HEVS | FIRMA DEL ARTICULADOR(A) REGIONAL / LOCAL / PROFESIONAL DE APOYO |
|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO: Ana Rocio Villegas | NOMBRE COMPLETO: | NOMBRE COMPLETO: Oscar Juan Trujillo Cordoba |
| NÚMERO DE DOCUMENTO: 1082217152 | NÚMERO DE DOCUMENTO: | NÚMERO DE DOCUMENTO: 1082215328 |

Scanned by TapScanner

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS

Versión: 4 | CÓDIGO: FD-FR-054 | Fecha: 19/07/2021

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 4/03/22 | DEPARTAMENTO | Huila | MUNICIPIO | Yaguará | ROL CONTRACTUAL | Monitor Profesional | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | Oscar Juan Tyrllo O |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1082215328 | NOMBRE DEL GRUPO | Tribu Tunguruhua | | | TIPO DE GRUPO | regular | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | Tunguruhua |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | Tunguruhua | ESCENARIO | Polideportivo | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3112274872 | | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Milena Alarcon | SEXO | 1 | Femenino | FECHA DE NACIMIENTO | 01-Jun-1977 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26.607.434. | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | GRUPO ÉTNICO | NINGUNO | | |
| DISCAPACIDAD | Ninguna | CONDICIÓN | NINGUNA | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Subsidio | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Asmetsalud |
| SITUACIÓN LABORAL | Tareas del Hogar | NIVEL EDUCATIVO | Profesional | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | TELÉFONO CELULAR | 3112274872 | | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | — o — | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | cll. 6 # 7-90 | ZONA | urbana | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | La victoria | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Alvaro Lozano | TELÉFONO CELULAR | 3115920872 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Periódicos | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | AÑO |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | 2 |
| | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | | 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 5 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60 | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | ajustar al Grupo A.F | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

### 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

### 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | MODERADA | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 4 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 2 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

### 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto? | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

### 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | BUENO | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | NINGUNA | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 91 | TALLA | 1.61 | IMC | 25.14 | CLASIFICACIÓN | obesidad 1 | PERÍMETRO DE CINTURA | 109 | CLASIFICACIÓN | riesgo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

## 6. FIRMAS

| | | |
|---|---|---|
| Milena Alarcon R | | Oscar Juan Tyrllo Campo |
| NOMBRE COMPLETO: Milena Alarcon R | NOMBRE COMPLETO: | NOMBRE COMPLETO: Oscar Juan Tyrllo O |
| NÚMERO DE DOCUMENTO: 26607434 | NÚMERO DE DOCUMENTO: | NÚMERO DE DOCUMENTO: 1082215328 |
| | FIRMA GESTOR(A) INSPECCIÓN HEVS | FIRMA DEL ARTICULADOR DE HEVS Y/O MONITOR(A) Y/O ENTRENADOR(A) |

Scanned by TapScanner

Versión: 1
Código: FO-PR-064
Fecha: 15/07/2021

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 04/03/22 | DEPARTAMENTO | Huila | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | monitor profesional | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | Oscar Juan Tyrllo D |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1082215328 | NOMBRE DEL GRUPO | Tribu Tunguruhua | TIPO DE GRUPO | regular | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | Tunguruhua |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | Tunguruhua | ESCENARIO | Polideportivo | URL GRUPO AF (PAGINE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | | 3186662984 | |

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Yesica Julieth Casas Rivera | SEXO | MUJER | FECHA DE NACIMIENTO | 28/04/2005 | TIPO DE DOCUMENTO | C | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1082214439 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | GRUPO ÉTNICO | NINGUNO | | |
| DISCAPACIDAD | NINGUNO | CONDICIÓN | NINGUNO | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Comfamiliar |
| SITUACIÓN LABORAL | Estudiante | NIVEL EDUCATIVO | bachiller | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | TELÉFONO CELULAR | 3186662984 | | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | yesicacasas188@Gmail.com | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | calle 5 # 10-22 | ZONA | URBANA | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | San Pedro | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | Leydi Rivera | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | 3186662984 | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Yesid Casas | TELÉFONO CELULAR | 3173950478 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Periódico | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | 4 |
| | | | | | | | 1 | | | | | | 1 | | | | | |

3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | |
| 3. En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | | | |

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó activid... física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60' | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | cuesti al grupo A.F. |
| 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | | | | | | | |

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | |
|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | MODERADA |

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

| | |
|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diar...mente? | 3 |

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras cons...mió en el día? | 0 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO |

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipa...? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de ...stos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | |
|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 |

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipotensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto? | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolo... de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Dicte que su estado de salud es | Excelente | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | NINGUNA | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | PESO | 51 | TALLA | 1,50 | IMC | 22,6 | CLASIFICACIÓN | normal | PERÍMETRO DE CINTURA | 66 | CLASIFICACIÓN | normal | |

5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (X) en SI o NO, según la respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, asumiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, así mismo en mi calidad de asistente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e incentivar las publicaciones, presentaciones, artículos, notas y material institucional, además de las mencionadas anteriormente, en medios de comunicación nacional e internacional, redes sociales y página web del Ministerio del Deporte, entidades territoriales y demás entidades del sector deporte, recreación y actividad física. Con mi aporte estaré contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | X | |

6. FIRMAS

| | | |
|---|---|---|
| Yesica Casas Rivera | | Oscar Juan Tyrllo Campo |
| NOMBRE COMPLETO: Yesica Casas | NOMBRE COMPLETO: | NOMBRE COMPLETO: Oscar Juan Tyrllo D |
| NÚMERO DE DOCUMENTO: 1082214439 | NÚMERO DE DOCUMENTO: | NÚMERO DE DOCUMENTO: 1082215328 |

Scanned by TapScanner

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS

Versión: 4
CÓDIGO: FO-FR-054
Fecha: 19/07/2021

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 04/03/22 | DEPARTAMENTO | Huila | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | promotor Profesional | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | Oscar Juan Trujillo O |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1032215328 | NOMBRE DEL GRUPO | Tribu Tunguriahua | | | TIPO DE GRUPO | regular | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | Tunguriahua |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | Tunguriahua | ESCENARIO | Polideportivo | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | | 3186662984 | |

## 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Leidy Julieth Rivera | | | SEXO | MUJER | FECHA DE NACIMIENTO | 10/03/84 | TIPO DE DOCUMENTO | CC |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 26607910 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | | | GRUPO ÉTNICO | NINGUNO |
| DISCAPACIDAD | NINGUNO | CONDICIÓN | NINGUNO | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Comfamiliar |
| SITUACIÓN LABORAL | Tareas del Hogar | NIVEL EDUCATIVO | bachiller | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | | TELÉFONO CELULAR | 3186662984 |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | Leidyjuli84@Gmail.com | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Calle 5 #10-22 | | | ZONA | URBANA |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | San Pedro | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Yerd Casas | TELÉFONO CELULAR | 3173950478 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Portátil | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

## 2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | 4 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

### 3.1. ACTIVIDAD FISICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FISICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60' | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | Asistir al Grupo A.T | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

### 3.2. ACTIVIDAD FISICA EN EL TIEMPO LIBRE

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | MODERADA | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 3 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 0 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |

### 3.5. HABITOS DE TABACO Y SUEÑO / 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?, | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |

### 3.6. MORBILIDAD REPORTADA / 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | BUENO | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | NINGUNA | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | PESO | 83 | TALLA | 158 | IMC | 24.10 | CLASIFICACIÓN | Normal | PERÍMETRO DE CINTURA | 93 | CLASIFICACIÓN | Riesgo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FILMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (x) SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro filmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, ofertas de, las necesidades intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas | X | |

## 6. FIRMAS

| | | |
|---|---|---|
| Leidy Julieth Rivera | | Oscar Juan Trujillo Ocampo |
| FIRMA DEL USUARIO O ACUDIENTE | FIRMA GESTOR(A) DE SALUD Y/O AFINES | FIRMA DEL ARTICULADOR DEPORTIVO O PROFESIONAL AFINES |
| NOMBRE COMPLETO: Leidy Julieth Rivera | NOMBRE COMPLETO: | NOMBRE COMPLETO: Oscar Juan Trujillo |
| NÚMERO DE DOCUMENTO: 26607910 | NÚMERO DE DOCUMENTO: | NÚMERO DE DOCUMENTO: 1032215328 |

Scanned by TapScanner

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS

Versión: 4

CÓDIGO: FD-FR-054

Fecha: 19/07/2021

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 04/03/22 | DEPARTAMENTO | Huila | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | monitor profesional | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | Oscar Ivan Trujillo |
| NÚMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1082245328 | NOMBRE DEL GRUPO | Tribu Tunguruhua | | | TIPO DE GRUPO | regular | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | Tunguruhua |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | Tunguruhua | ESCENARIO | Polideportivo | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | | 3102609669 | |

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Dayani Sirley Cabillo Ome | SEXO | MUJER | FECHA DE NACIMIENTO | 4/05/94 | TIPO DE DOCUMENTO | C.C | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO | 1077868068 | PAÍS DE NACIMIENTO | Colombia | NACIONALIDAD | Colombiana | GRUPO ÉTNICO | NINGUNO | | |
| DISCAPACIDAD | NINGUNO | CONDICIÓN | NINGUNO | ORIENTACIÓN SEXUAL | Heterosexual | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | Subsidiado | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | Comfamiliar |
| SITUACIÓN LABORAL | Labores del Hogar | NIVEL EDUCATIVO | bachiller | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | TELÉFONO CELULAR | 3102609669 | | |
| TELÉFONO FIJO | — o — | CORREO ELECTRÓNICO | dayanicabillos@gmail.com | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | Cra 7 # 3-63 | ZONA | URBANA | | |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | la tranquilidad | VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO | Celular | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | Cristian C | TELÉFONO CELULAR | 3102609669 | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | Periodico | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

2. DATOS DEL HOGAR

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | 3 |
| | | | | | | | | | | | | 1 | 1 | | | | | |

3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuántos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro? | | 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuántos días a la semana? | 3 | 3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60' | 4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | asistir al Grupo A.F | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | MODERADA | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 4 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla? | NO | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO | | |

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 5. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche? | 7 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto? | NO | 7. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 1. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO | | |

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 8. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta? | | 10. Diría que su estado de salud es | EXCELENTE | 1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | NINGUNO | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 10 | | |

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

| PESO | 56 | TALLA | 1.56 | IMC | 23.14 | CLASIFICACIÓN | normal | PERÍMETRO DE CINTURA | 79 | CLASIFICACIÓN | normal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (x) "SI o NO, según respuesta del usuario

| | SI | NO |
|---|---|---|
| CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, así mismo en mi calidad de acudiente de _____ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | X | |
| AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas | X | |

6. FIRMAS

| | | |
|---|---|---|
| Dayani Sirley Cabillo. O | | Oscar Ivan Trujillo Campo |
| NOMBRE COMPLETO: Dayani Sirley Cabillos O | FIRMA GESTOR/A DEL PROGRAMA | FIRMA DEL ESTUDIANTE, ENLACE, APOYO, CONTRATISTA O PROFESIONAL |
| NÚMERO DE DOCUMENTO: 1077868068 | NOMBRE COMPLETO: | NOMBRE COMPLETO: Oscar Ivan Trujillo |
| | NÚMERO DE DOCUMENTO: | NÚMERO DE DOCUMENTO: 1082245328 |

Scanned by TapScanner

| | PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL | Versión: 4 |
|---|---|---|
| | FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS | CÓDIGO: FD-FR-054 |
| | | Fecha: 19/07/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | 16/03/22 | DEPARTAMENTO | HUILA | MUNICIPIO | YAGUARA | ROL CONTRACTUAL | MONITOR PROFESIO | NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA | OSCAR JUAN TRUJILLO |
| NUMERO DE DOCUMENTO CONTRATISTA | 1082215328 | NOMBRE DEL GRUPO | HEVS TRIBU TUNGURAHUA | | | TIPO DE GRUPO | REGULAR | COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD | TUNGURAHUA |
| DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO | TUNGURAHUA | ESCENARIO | POLIDEPORTIVO | | | URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP): | 3142963778 | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | LEIDY NATALY ANDRADE T | SEXO | F | FECHA DE NACIMIENTO | 22/09/93 | TIPO DE DOCUMENTO | CC | | |
| NUMERO DE DOCUMENTO | 1032459226 | PAIS DE NACIMIENTO | COLOMBIA | NACIONALIDAD | COLOMBIANA | GRUPO ÉTNICO | NINGUNO | | |
| DISCAPACIDAD | NINGUNA | CONDICIÓN | NINGUNA | ORIENTACIÓN SEXUAL | HETEROSEXUAL | TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD | CONTRIBUTIVO | NOMBRE DE LA EAPB/EPS | NUEVA EPS |
| SITUACION LABORAL | TRABAJAR | NIVEL EDUCATIVO | UNIVERSITARIO | ESTRATO SOCIOECONÓMICO | 2 | | | TELEFONO CELULAR | 3142963778 |
| TELÉFONO FIJO | — 0 — | CORREO ELECTRÓNICO | LeidyAndrade19936@a | DIRECCIÓN DE DOMICILIO | CALLE 5A #13-36 | | | ZONA | URBANA |
| COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO | CIUDADELA | VIA DE CONTACTO CON EL USUARIO | CELULAR | NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad) | | | | TELÉFONO DEL ACUDIENTE | |
| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: | MARCO TRUJILLO | TELÉFONO CELULAR | 3112937[illegible] | MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO | PERIFONEO | CUENTA CON ACCESO A INTERNET | SI | DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS | 22 |

| 0 a 5 años | | | 6 a 11 años | | | 12 a 17 años | | | 18 a 28 años | | | 29 a 59 años | | | Mayores de 60 años | | | NUMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR | 3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | H | M | I | | |
| | X | | | | | | | | | X | | X | | | | | | | |

**3.1. ACTIVIDAD FISICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monto en bicicleta o camino para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? | NO | 2. ¿Cuantos días a la semana? | | 3. ¿En esos días, ¿cuanto tiempo Ud. monto diariamente en bicicleta o camino para desplazarse de un lugar a otro? | |

**3.2. ACTIVIDAD FISICA EN EL TIEMPO LIBRE**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre? | SI | 2. ¿Cuantos días a la semana? | 2 | 3. En esos días, ¿cuanto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? | 60 | 4. ¿Cual es la principal actividad física que practica en tiempo libre? | ASISTIR A LOS GRUPOS A.F | 5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre? | |

| 3.2. ACTIVIDAD FISICA EN EL TIEMPO LIBRE | | 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO | | 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL | | | | | | 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. ¿A que intensidad realizó la actividad física? | MODERADA | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente? | 8 | 1. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "porciones" de fruta consumio en el día? | 1 | 2. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "porciones" de verduras consumio en el día? | 1 | 3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez esta lista para consumir y antes de probarla? | NO | 1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas? | NO | 2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuantos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia? | NO |

| 3.5. HABITOS DE TABACO Y SUEÑO | | 3.6. MORBILIDAD REPORTADA | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmio en promedio en la noche? | 7 | 1. ¿Alguna vez le ha dicho un medico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)? | NO | 2. ¿Alguna vez le ha dicho un medico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?. | NO | 3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condicion medica que pueda empeorarse con la actividad física? | NO | 4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta? | NO | 5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre? | NO | 6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato? | NO |

| 3.6. MORBILIDAD REPORTADA | | | | | | | | 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses? | NO | 8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud? | NO | 9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cual enfermedad o condicion de salud presenta? | | 10. Diria que su estado de salud es | EXCELENTE | 1. ¿Cual es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos? | NINGUNO | 2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cual otra barrera? | | 3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿que tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)? | 8 |

| 4. MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | PESO | 70 | TALLA | 167 | IMC | 62 | CLASIFICACIÓN | SOBREPESO | PERIMETRO DE CINTURA | 90 | CLASIFICACIÓN | NORMAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____ Asumo todos los riesgos asociados con la participacion en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. | | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS:** Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. | | X | |
| **AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO:** Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. | | X | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Leidy Nataly Andrade | | [illegible] | | Oscar Juan Trujillo Campo | |
| NOMBRE COMPLETO | Leidy Andrade | NOMBRE COMPLETO | | NOMBRE COMPLETO | Oscar Juan Trujillo Campo |
| NUMERO DE DOCUMENTO | 1032459226 | NUMERO DE DOCUMENTO | | NUMERO DE DOCUMENTO | 1082215328 |

Scanned by TapScanner