Informe INFORME ACTIVIDADES de Actividades No. 3 del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN No. 0209 - de 2022-10-07 cuyo Objeto: PRESTAR LOS SERVICIOS DE MANERA AUTÓNOMA E INDEPENDIENTE COMO ENTRENADORES NIVEL II PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES ESTABLECIDAS EN EL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y LA ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE" BPIN 2022005850020.

Yopal, 08 de Marzo del 2023.

Señor(a)
LINA PAOLA AMAYA BAHAMON
PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEPORTES
Supervisor
Ciudad

Ref: Informe de Actividades No. 3 del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN No. 0209 - de 2022-10-07.

Cordial Saludo,

En cumplimiento del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN de la referencia, relaciono a continuación las actividades realizadas desde: 11/12/2022 hasta 10/01/2023.

A. ANTECEDENTES:

CLASE DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN
NUMERO DE CONTRATO	0209
FECHA DE CONTRATO	2022-10-07.
NOMBRE DEL CONTRATISTA	JONATHAN MAURICIO PLAZAS HERNANDEZ
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN DE CONTRATISTA	1057588565 de SOGAMOSO
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR LOS SERVICIOS DE MANERA AUTÓNOMA E INDEPENDIENTE COMO ENTRENADORES NIVEL II PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES ESTABLECIDAS EN EL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y LA ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE" BPIN 2022005850020.
FECHA DE INICIO	2022-10-11
PLAZO DE EJECUCIÓN	Ocho (8) MESES
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL	2023-06-10
FECHA DE INFORME	08 de Marzo del 2023
PERIODO DE INFORME	11/12/2022 hasta 10/01/2023
NUMERO DE INFORME	3
DIRECCIÓN DE DOMICILIO	CALLE 29 N 35-08
CIUDAD	YOPAL
TELEFONO MOVIL	3143683571
CORREO ELECTRÓNICO	jonathanplazas04@gmail.com
ADICION	
SUSPENSIÓN	

Informe INFORME ACTIVIDADES de Actividades No. 3 del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN No. 0209 - de 2022-10-07 cuyo Objeto: PRESTAR LOS SERVICIOS DE MANERA AUTÓNOMA E INDEPENDIENTE COMO ENTRENADORES NIVEL II PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES ESTABLECIDAS EN EL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y LA ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE" BPIN 2022005850020.

NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN	

B. ESTADO FÍSICO:

Hasta la fecha 10/01/2023, el CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN No. 0209 presenta una ejecución del 37.5% contra una programada del 100%.

C. ESTADO FINANCIERO:

	Valor	Anticipo	
CONTRATO INICIAL	$21.306.392,00	$0,00	
ADICIONAL	$0,00	$0,00	
TOTAL CONTRATO	$21.306.392,00	$0,00	
	Valor Acta	Amortiza	Vr. Pagado
VALOR ACTA No. 1	$2.663.299,00	$0,00	$2.663.299,00
VALOR ACTA No. 2	$2.663.299,00	$0,00	$2.663.299,00
PRESENTE ACTA	$2.663.299,00	$0,00	$2.663.299,00
POR EJECUTAR	$13.316.495,00		
TOTAL	$21.306.392,00	$0,00	$7.989.897,00

VALOR A PAGAR EN LA PRESENTE ACTA NO. 3: $2.663.299,00 M.L.C.

D. ACTIVIDADES:

1. Presentar el cronograma, horarios y lugares de trabajo por categoría y rama. 2. Presentar y Sustentar el plan de entrenamiento gráfico y escrito de los deportistas de rendimiento ante el centro especializado del deporte, (equipo técnico metodológico), por equipo categoría y deportistas según corresponda. 3. Presentar los mesociclos, microciclos a desarrollar mes a mes, dos días antes de terminar el anterior mesociclo. 4 . Valorar individualmente a los deportistas a su cargo y diligenciar la ficha de incorporación, valoración inicial y avances de cada deportista y/o equipo, test realizados entre otros. (Presentarlos al grupo técnico metodológico y anexar en el informe mensual). 5. Desarrollar los planes de entrenamiento según las categorías y ramas con el propósito de mejorar el rendimiento deportivo de los entrenados. 6. Coordinar y facilitar la intervención de los profesionales del centro especializado del deporte respecto de cada uno de sus deportistas de acuerdo con las necesidades puntuales. 7. Aplicar los formatos y protocolos para medir el desarrollo de cada deportista; establecidos por el grupo interdisciplinario o equipo técnico metodológico. 8. Presentar al grupo interdisciplinario o equipo técnico metodológico los pronósticos de participación en eventos departamentales, nacionales e internacionales de cada uno de los seleccionados o deportistas, los cuales deben ser presentados como mínimo diez días antes de cada evento, para su respectivo análisis y aprobación por parte del grupo interdisciplinario y metodológico del Indercas. 9. Presentar el informe técnico de cada evento en el cual participo plazo máximo para la entrega tres días siguientes a la terminación de la competencia presentarlo al grupo interdisciplinario o equipo técnico metodológica y consolidarlo en el informe mensual y final. 10. Asistir a reuniones que convoque el instituto, liga, grupo interdisciplinario o equipo técnico metodológico relacionado con el objeto del contrato o productos del proyecto. 11. Presentar la estadística de la población beneficiada mes a mes y durante el desarrollo del objeto contractual, y el consolidado final a la liquidación final del contrato en medio físico y magnético. Que incluya la base de datos de la población beneficiada por categoría y rama y enfoque diferencial. 12. Llevar el registro y consolidado de las diferentes participaciones que realicen los

seleccionados de la liga a nivel departamental, nacional e internacional, presentarla en el informe mensual y consolidado en el informe final del contrato, en medio físico y magnético. 13. Tener a disposición permanente del instituto en el sitio de entrenamiento, el plan mensual y diario de trabajo y el listado actualizado de los deportistas a su cargo por categoría y rama. 14. Llevar control diario de la asistencia de los deportistas, por rango de edad, grupo poblacional, sector, género, categoría, entre otros 15. Apoyar los procesos deportivos en la población con discapacidad según su especialidad deportiva. 16 . Como entrenador departamental realizar una articulación con los diferentes municipios para detectar e involucrar los deportistas de rendimiento que puedan existir en cada uno de los municipios a los procesos deportivos. Además, realizar visitas a los diferentes municipios, una visita a cada municipio del departamento trimestralmente y diligenciar los formatos metodológicos establecidos por el Instituto. 17. Realizar en cada municipio un diagnóstico de la situación actual de deporte de rendimiento según su especialidad. 18. Mantener el número mínimo de deportistas según lo establecido por el instituto y realizar las prácticas o entrenamientos presenciales mininos de 6 horas diarias según el plan de entrenamiento. 19. Desarrollar, apoyar, diligenciar y facilitar los diferentes formatos, herramientas técnicas o actividades que le sean asignadas, para culminar la investigación producto del proyecto, plan departamental para el desarrollo del deporte, la recreación y la actividad física 2024-2033, censo de escenarios deportivos y demás labores vinculadas al proyecto y sus productos. 20. Desarrollar, apoyar y diligenciar los diferentes formatos o herramientas técnicas para la ejecución del estudio producto del proyecto. 21. Presentar mensualmente el informe de ejecución de actividades dentro de los tres (03) días hábiles siguientes al vencimiento del periodo a certificar, en el formato establecido por el Instituto, certificación de cumplimento firmada por el representante de la liga deportiva, original de los soportes del pago de salud, pensión y riesgos laborales, todo por duplicado y en medio magnético. 22. Presentar antes del primer pago, certificado a su nombre del curso de Integridad, Transparencia y Lucha contra la Corrupción, que se encuentra en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/es/cursos-virtuales-eva/curso-integridad.html. 23. Las demás asignadas por gerencia, supervisor y/o interventor de acuerdo con su objeto contractual. 24. Asistir durante la vigencia del contrato a un curso mínimo de 20 horas de educación no formal, dictado por una entidad debidamente reconocida por el estado, o en su defecto certificación de haber cursado 20 horas de educación formal expedida por la respectiva entidad, relacionados con el sector deporte y recreación y presentar el respectivo certificado a más tardar a la firma del acta de terminación.

E. ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

ACTIVIDAD	ACTIVIDADA REALIZADA	PORCENTAJE (%)
ACTIVIDAD 01. Presentar el cronograma, horarios y lugares de trabajo por categoría y rama.	SE ENVIO EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES, HORARIOS Y LUGARES DE TRABAJO POR CATEGORÍA Y RAMA DEL MES 003	37.5
ACTIVIDAD 02. Presentar y Sustentar el plan de entrenamiento gráfico y escrito de los deportistas de rendimiento ante el centro especializado del deporte, (equipo técnico metodológico), por equipo categoría y deportistas según corresponda.	SE PRESENTÓ Y SUSTENTO EL PLAN DE ENTRENAMIENTO GRAFICO Y ESCRITO DE LOS DEPORTISTAS DE RENDIMIENTO ANTE EL CENTRO ESPECIALIZADO DEL DEPORTE (METODOLOGO) POR EQUIPO CATEGORÍA Y DEPORTISTAS SEGÚN CORRESPONDÍA.	100
ACTIVIDAD 03. Presentar los mesociclos, microciclos a desarrollar mes a mes, dos días antes de terminar el anterior mesociclo.	SE PRESENTARON LOS MESOCICLOS Y MICROCICLOS A DESARROLLAR DEL MES 002 DEL CONTRATO	37.5
ACTIVIDAD 04. Valorar individualmente a los deportistas a su cargo y diligenciar la ficha de incorporación, valoración inicial y avances de cada deportista y/o equipo, test realizados entre otros. (Presentarlos al grupo técnico metodológico y anexar en el informe mensual).	SE HAN REALIZADO LAS VALORACIONES PERTINENTES A LOS DEPORTISTAS ASI MISMO COMO LOS TOPES, TESTS RELACIONADOS EN EL PLAN DE ENTRENAMIENTO.	37.5
ACTIVIDAD 05. Desarrollar los planes de entrenamiento según las categorías y	SE DESARROLLARON LOS PLANES DE ENTRENAMIENTO SEGÚN LAS CATEGORÍAS Y RAMAS CON EL PROPÓSITO DE MEJORAR EL	37.5

Informe INFORME ACTIVIDADES de Actividades No. 3 del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN No. 0209 - de 2022-10-07 cuyo Objeto: PRESTAR LOS SERVICIOS DE MANERA AUTÓNOMA E INDEPENDIENTE COMO ENTRENADORES NIVEL II PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES ESTABLECIDAS EN EL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y LA ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE" BPIN 2022005850020.

ramas con el propósito de mejorar el rendimiento deportivo de los entrenados.	RENDIMIENTO DEPORTIVO DE LOS DEPORTISTAS.	
ACTIVIDAD 06. Coordinar y facilitar la intervención de los profesionales del centro especializado del deporte respecto de cada uno de sus deportistas de acuerdo con las necesidades puntuales.	SE FACILITÓ EL ESPACIO PARA LA INTERVENCIÓN DEL METODÓLOGO EN EL QUE REALIZO VISITAS TECNICAS A LOS DIFERENTES ENTRENAMIENTOS.	37.5
ACTIVIDAD 07. Aplicar los formatos y protocolos para medir el desarrollo de cada deportista; establecidos por el grupo interdisciplinario o equipo técnico metodológico.	SE HAN APLICADO TODOS LOS FORMATOS Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA CADA UNO DE LOS DEPORTISTAS POR EL GRUPO INTERDISCIPLINARIO Y EL EQUIPO TÉCNICO METODOLÓGICO.	37.5
ACTIVIDAD 08. Presentar al grupo interdisciplinario o equipo técnico metodológico los pronósticos de participación en eventos departamentales, nacionales e internacionales de cada uno de los seleccionados o deportistas, los cuales deben ser presentados como mínimo diez días antes de cada evento, para su respectivo análisis y aprobación por parte del grupo interdisciplinario y metodológico del Indercas.	NO SE PRESENTA PRONOSTICO DE PARTICIPACION YA QUE NO SE TIENEN SALIDAS PROGRAMADAS A EVENTOS NACIONALES LA SELECCION DE KARATE DO DE CASANARE.	37.5
ACTIVIDAD 09. Presentar el informe técnico de cada evento en el cual participo plazo máximo para la entrega tres días siguientes a la terminación de la competencia presentarlo al grupo interdisciplinario o equipo técnico metodológica y consolidarlo en el informe mensual y final.	NO SE PRESENTA INFORME DE PARTICIPACION YA QUE LAS SELECCIONES DE KARATE DO DE CASANARE NO TIENEN PROGRAMADAS SALIDAS EN ESTE MES	37.5
ACTIVIDAD 10. Asistir a reuniones que convoque el instituto, liga, grupo interdisciplinario o equipo técnico metodológico relacionado con el objeto del contrato o productos del proyecto.	SE HA ASISTIDO A CADA UNA DE LAS REUNIONES PLNATEADAS POR LOS DIFERENTES GRUPOS DEL INDERCAS, RELACIONADOS CON EL OBJETO DEL CONTRATO;ASI MISMO COMO LAS PLNATEADAS POR LA LIGA DE KARATE DO DE CASANARE.	37.5
ACTIVIDAD 11. Presentar la estadística de la población beneficiada mes a mes y durante el desarrollo del objeto contractual, y el consolidado final a la liquidación final del contrato en medio físico y magnético. Que incluya la base de datos de la población beneficiada por categoría y rama y enfoque diferencial.	SE PRESENTA LA BASE DE DATOS DE LOS DEPORTISTAS BENEFICIADOS.	37.5
ACTIVIDAD 12. Llevar el registro y consolidado de las diferentes participaciones que realicen los seleccionados de la liga a nivel departamental, nacional e internacional,presentarla en el informe mensual y consolidado en el informe final del contrato, en medio físico y magnético.	SE LLEVA EL REGISTRO Y CONSOLIDADO DE LAS DIFERENTES PARTICIPACIONES REALIZADAS POR LA LIGA DE KARATE DO DE CASANARE A NIVEL NACIONAL LA CUAL SE LLEVO A CABO EN EL MES DE OCTUBRE CAMPEONATO PRE JUEGOS NACIONALES.	37.5
ACTIVIDAD 13. Tener a disposición permanente del instituto en el sitio de entrenamiento, el plan mensual y diario de trabajo y el listado actualizado de los deportistas a su cargo por categoría y rama.	SE TIENE A DISPOSICIÓN EL PLAN MENSUAL Y DIARIO DE TRABAJO Y EL LISTADO ACTUALIZADO DE LOS DEPORTISTAS IMPRESOS EN EL SITIO DE ENTRENAMIENTO.	37.5
ACTIVIDAD 14. Llevar control diario de la asistencia de los deportistas, por rango de edad, grupo poblacional, sector, género,	SE LLEVA EL CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA DE LOS DEPORTISTAS POR RANGO DE EDAD, GRUPO POBLACIONAL SECTOR GENERO CATEGORÍA ENTRE OTROS.	37.5

Informe INFORME ACTIVIDADES de Actividades No. 3 del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN No. 0209 - de 2022-10-07 cuyo Objeto: PRESTAR LOS SERVICIOS DE MANERA AUTÓNOMA E INDEPENDIENTE COMO ENTRENADORES NIVEL II PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES ESTABLECIDAS EN EL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y LA ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE" BPIN 2022005850020.

categoría, entre otros		
ACTIVIDAD 15. Apoyar los procesos deportivos en la población con discapacidad según su especialidad deportiva.	NO SE CUENTA EN ESTOS MOMENTOS CON DEPORTISTAS EN LA POBLACION DE DISCAPACIDAD, PERO SE TIENE A DISPOSICION REALIZAR EL ACOMPAÑAMIENTO Y DESARROLLO DE ESTAS DISCAPACIDADES.	37.5
ACTIVIDAD 16. Como entrenador departamental realizar una articulación con los diferentes municipios para detectar e involucrar los deportistas de rendimiento que puedan existir en cada uno de los municipios a los procesos deportivos. Además, realizar visitas a los diferentes municipios, una visita a cada municipio del departamento trimestralmente y diligenciar los formatos metodológicos establecidos por el Instituto.	COMO ENTRENADOR DE KARATE DO ESTOY EN LA DISPOCISION Y ACOMPAÑAMIENTO A LOS DIFERENTES CLUBS DE KARATE DO DEL DEPARTAMENTO , POR ESA RAZON SE REALIZA EL TRABAJO ARTICULADO CON LOS ENTRENADORES DE ESTOS CLUB EN LA CONVOCATORIA DE DEPORTISTAS PARA SER PARTE DE LOS PROCESOS DEPORTIVOS QUE SE LLEVAN.	37.5
ACTIVIDAD 17. Realizar en cada municipio un diagnóstico de la situación actual de deporte de rendimiento según su especialidad.	SE TIENE UN DIASGNOSTICO ACTUALIZADO DE CADA UNO DE LOS DEPORTISTAS DE LOS MUNICIPIOS, LOS CUALES SE CONVOCAN A ENTRENAMIENTO BAJO LA DIRECCION DEL ENTRENADOR DEPARTAMENTAL.	37.5
ACTIVIDAD 18. Mantener el número mínimo de deportistas según lo establecido por el instituto y realizar las prácticas o entrenamientos presenciales mininos de 6 horas diarias según el plan de entrenamiento.	SE MANTIENE EL NÚMERO MÍNIMO DE DEPORTISTAS SEGÚN LO ESTABLECIÓ POR EL INSTITUTO Y SE REALIZÓ LAS PRACTICAS PRESENCIALES MÍNIMO DE 6 HORAS DIARIAS SEGÚN PLAN DE ENTRENAMIENTO.	37.5
ACTIVIDAD 19. Desarrollar, apoyar, diligenciar y facilitar los diferentes formatos, herramientas técnicas o actividades que le sean asignadas, para culminar la investigación producto del proyecto, plan departamental para el desarrollo del deporte, la recreación y la actividad física 2024-2033, censo de escenarios deportivos y demás labores vinculadas al proyecto y sus productos.	SE APOYO, DILIGENCIO Y FACILITO LOS DIFERENTES FORMATOS,HERRAMIENTAS TÉCNICAS Y ACTIVADES QUE ME FUERON ASIGNADAS PARA CULMINAR LA INVESTIGACIÓN PRODUCTO DEL PROYECTO Y PLAN DEPARTAMENTAL PARA EL DESARROLLO DEL DEPORTE.	37.5
ACTIVIDAD 20. Desarrollar, apoyar y diligenciar los diferentes formatos o herramientas técnicas para la ejecución del estudio producto del proyecto.	SE DESARROLLO, APOYO Y DILIGENCIO LOS DIFERENTES FORMATOS O HERRAMIENTAS TÉCNICAS PARA LA EJECUCIÓN DEL ESTUDIO DEL PROYECTO.	37.5
ACTIVIDAD 21. Presentar mensualmente el informe de ejecución de actividades dentro de los tres (03) días hábiles siguientes al vencimiento del periodo a certificar, en el formato establecido por el Instituto, certificación de cumplimento firmada por el representante de la liga deportiva, original de los soportes del pago de salud, pensión y riesgos laborales, todo por duplicado y en medio magnético.	SE PRESENTA EL INFORME ASI MISMO SE PRESENTA CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO EXPEDIDO POR EL REPRESENTANTE DE LA LIGA DE KARATE DO DE CASANARE,ORIGINAL DE LOS SOPORTES DEL PAGO DE SALUD, PENSION Y RIESGOS LABORALES.	37.5
ACTIVIDAD 22. Presentar antes del primer pago, certificado a su nombre del curso de Integridad, Transparencia y Lucha contra la Corrupción, que se encuentra en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/es/cursos-virtuales-eva/curso-integridad.html.	SE PRESENTA EL CERTIFICADO DE CURSO DE INTEGRIDAD,TRANSPARENCIA Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN	100
ACTIVIDAD 23. Las demás asignadas por gerencia, supervisor y/o interventor de	SE HA DADO CUMPLIMEINTO A TODAS LAS OBSERVACIONES Y CITACIONES QUE HAN RELAIZADO LA PARTE TECNICA Y	37.5

Informe INFORME ACTIVIDADES de Actividades No. 3 del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN No. 0209 - de 2022-10-07 cuyo Objeto: PRESTAR LOS SERVICIOS DE MANERA AUTÓNOMA E INDEPENDIENTE COMO ENTRENADORES NIVEL II PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES ESTABLECIDAS EN EL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y LA ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE" BPIN 2022005850020.

acuerdo con su objeto contractual.	METODOLOGICA DEL PROGRAMA DANDO CUMPLIMIENTO AL OBJETO CONTRACTUAL.	
ACTIVIDAD 24. Asistir durante la vigencia del contrato a un curso mínimo de 20 horas de educación no formal, dictado por una entidad debidamente reconocida por el estado, o en su defecto certificación de haber cursado 20 horas de educación formal expedida por la respectiva entidad, relacionados con el sector deporte y recreación y presentar el respectivo certificado a más tardar a la firma del acta de terminación.	NO SE HA REALIZADO ESTA ACTIVIDAD.	0

F. OBSERVACIONES:

Atentamente,

JONATHAN MAURICIO PLAZAS HERNANDEZ
Contratista

Yopal, 07 de MARZO de 2023

LICENCIADA
LINA PAOLA AMAYA BAHAMON
SUPERVISOR CONTRATO 0209
INDERCAS
E.S.M

REF. informe de actividades 003 del contrato 0209 de 07 de octubre de 2022

Cordial saludo,

Por medio del presente envió informe Numero 003 del contrato 0209 del 7 de octubre de 2022 con objeto contractual PRESTAR LOS SERVICIOS DE MANERA AUTÓNOMA E INDEPENDIENTE COMO ENTRENADORES NIVEL II PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES ESTABLECIDAS EN EL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTOY DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y LA ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE" BPIN 2022005850020, realizando los anexos correspondientes exigidos con información suministrada por los beneficiarios del programa.

Cordialmente,



Jonathan Mauricio Plazas Hernandez
c.c 1.057.588.565 sogamoso
CONTRATISTA

INDERCAS INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE	**SISTEMA DE GESTION MECI - CALIDAD**	CÓDIGO: RAGCC52
	GESTION DE COMPRAS Y CONTRATACIÓN	FECHA: 20/02/2013
	ANEXO INFORME DE ACTIVIDADES	VERSIÓN: 01

CONTENIDO DEL ANEXO

I PARTE

1. **ACTIVIDAES DE ENTRENAMIENTO**:

- ✪ Selección trabajada: kumite INFANTIL, CAETES, SUB 21 MAYORES
- ✪ Macrociclo en proceso: NUMERO 1 -2022
- ✪ Objetivo Macro: Clasificatorios Juegos Nacionales 2023
- ✪ Periodo: Desarrollador 1
- ✪ Etapa: choque
- ✪ Tipo de Mesociclo: ESTABILIZADOR
- ✪ Tipos de Microciclos: Fraccionados

Microciclo 11 10/12/22 a 17/12/22
Microciclo 12 18/12/22 a 26/12/22
Microciclo 13 27/12/22 a 3/1/23
Microciclo 14 0/1/23 a 10/12/22

- ✪ Objetivos planteados:
    1. Técnicos: FORTALECER LOS MOTORES PRIMARIOS EN KUMITE
    2. Tácticos: COORDINACION DE DEFENSA A ATAQUE(CONTRA ATAQUE EN KUMITE)
    3. Físicos: MEJORAR LA RESISTENCIA FISICA DEL DEPORTISTA EN EL KUMITE
- ✪ Horas trabajadas:80hrs
- ✪ Unidades de entrenamiento: 40 Unidades Planeadas Vs 40 Unidades Realizadas
- ✪ Dificultades técnicas afrontadas y correctivos aplicados: Se evidencia la dificultad de transporte de los deportistas provenientes de otros municipios que en ocasiones se reflejan en las llegadas tarde a entrenamientos, se evidencia que mejoramiento de asistencia por parte de los deportistas donde se ha logrado trabajar en ocaciones a doble jornada ya que la mayoría se encuentra en vacaciones.
- ✪ Anexar el Plan de gráfico y escrito del MACROCICLO a desarrollar, MESOCICLO Y MICROCICLOS desarrollados

INDERCAS INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE	**SISTEMA DE GESTION MECI - CALIDAD**	CÓDIGO: RAGCC52
	GESTION DE COMPRAS Y CONTRATACIÓN	FECHA: 20/02/2013
	ANEXO INFORME DE ACTIVIDADES	VERSIÓN: 01

PLAN GRAFICO MACROCICLO I KARATE DO 2023 JUEGOS NACIONALES 2023

SELECCIÓN DE KARATE DO CASANARE MODALIDAD KUMITE CATEGORIAS INFANTIL, JUNIOR, CADETES, SUB 21 Y MAYORES

KARATE DO CASANARE	**ENERO A JUNIO**	KATA Y KUMITE	JUEGOS NACIONALES NOVIEMBRE 2023
MACROS 1 2023	MACROCICLO I ENERO A JUNIO 2023		
Mesociclos 6			

FASES MESOCICLOS	DESARROLLADOR I					PRECOMPETITIVO				COMPETITIVO				TRANSITO				PRECOMPETITIVO					COMPETITIVO					TRANSITO	
MESES	ENERO					FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO					JUNIO						
MICROCICLO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26			
DIAS DE ENTO.	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6			
SESIONES	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
HORAS	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6			
MINUTOS	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360			
PREP. TECNICA%	50	50	50	50	50	50	55	55	50	60	60	60	50	35	30	40	45	50	55	55	45	40	40	35	40	35			
MINUTOS	180	180	180	180	180	180	198	198	180	144	126	126	180	126	144	144	162	180	198	198	162	144	144	126	144	126			
PREP. FISICA%	30	30	30	30	30	30	35	35	30	30	20	20	30	45	40	40	30	25	20	20	35	30	30	35	30	35			
MINUTOS	108	108	108	108	108	108	126	108	108	144	162	162	108	162	144	144	108	90	72	72	126	108	108	126	108	126			

INDERCAS INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE	SISTEMA DE GESTION MECI - CALIDAD	CÓDIGO: RAGCC52
	GESTION DE COMPRAS Y CONTRATACIÓN	FECHA: 20/02/2013
	ANEXO INFORME DE ACTIVIDADES	VERSIÓN: 01

PREP. TACTICA%	15	15	15	15	15	15	10	10	10	5	10	10	10	15	15	15	20	15	10	10	10	20	20	20	20	20
MINUTOS	54	54	54	54	54	54	36	36	36	36	36	36	36	54	54	54	72	54	36	36	36	72	72	72	72	72
PREP. TEO. PSI	5	5	5	5	5	5	0	0	10	5	10	10	10	5	5	5	5	10	10	10	10	10	10	10	10	10
MINUTOS	18	18	18	18	18	18	0	0	36	36	36	36	36	18	18	18	18	36	36	36	36	36	36	36	36	36
TEST FISICOS					1									1											1	
PRUEBAS MEDICAS																										
PRUEBAS PSICOLOGICAS																										
COMPETENCIAS PREPARATORIAS																										
COMPETENCIAS FUNDAMENTALES																										

TOTAL MINUTOS MACROCICLO	9.360
ENTRENADOR	SENSEI JONATHAN PLAZAS

PLAN GRAFICO MACROCICLO II KARATE DO 2023 JUEGOS NACIONALES 2023

SELECCIÓN DE KARATE DO CASANARE MODALIDAD KUMITE CATEGORIAS INFANTIL, JUNIOR, CADETES, SUB 21 Y MAYORES

KARATE DO CASANARE	**JULIO A DICIEMBRE**	KATA Y KUMITE	JUEGOS NACIONALES NOVIEMBRE 2023
MACROCICLO 2 2023	MACROCICLO I ENERO A JUNIO 2023		
Mesociclos 6			

INDERCAS INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE	**SISTEMA DE GESTION MECI - CALIDAD**	CÓDIGO: RAGCC52
	GESTION DE COMPRAS Y CONTRATACIÓN	FECHA: 20/02/2013
	ANEXO INFORME DE ACTIVIDADES	VERSIÓN: 01

FASES MESOCICLOS	TRANSITO		BASICO GENERAL			DESARROLLADOR II				PRECOMPETITIVO				COMPETITIVO								TRANSITO				FINALIZACION	
MESES	JULIO					AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE					
MICROCICLO	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	
DIAS DE ENTO.	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
SESIONES	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
HORAS	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
MINUTOS	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	
PREP. TECNICA%	50	50	50	50	50	50	55	55	50	60	60	60	50	35	30	40	45	50	55	55	45	40	40	35	20	20	
MINUTOS	180	180	180	180	180	180	198	198	180	144	126	126	180	126	144	144	162	180	198	198	162	144	144	126	72	72	
PREP. FISICA%	30	30	30	30	30	30	35	35	30	30	20	20	30	45	40	40	30	25	20	20	35	30	30	35	50	50	
MINUTOS	108	108	108	108	108	108	126	108	108	144	162	162	108	162	144	144	108	90	72	72	126	108	108	126	180	180	
PREP. TACTICA%	15	15	15	15	15	15	10	10	10	5	10	10	10	15	15	15	20	15	10	10	10	20	20	20	20	20	
MINUTOS	54	54	54	54	54	54	36	36	36	36	36	36	36	54	54	54	72	54	36	36	36	72	72	72	72	72	
PREP. TEO. PSI	5	5	5	5	5	5	0	0	10	5	10	10	10	5	5	5	5	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
MINUTOS	18	18	18	18	18	18	0	0	36	36	36	36	36	18	18	18	18	36	36	36	36	36	36	36	36	36	

INDERCAS INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE	**SISTEMA DE GESTION MECI - CALIDAD**	CÓDIGO: RAGCC52
	GESTION DE COMPRAS Y CONTRATACIÓN	FECHA: 20/02/2013
	ANEXO INFORME DE ACTIVIDADES	VERSIÓN: 01

TEST FISICOS					1									1												1	
PRUEBAS MEDICAS																											
PRUEBAS PSICOLOGICAS																											
COMPETENCIAS PREPARATORIAS																											
COMPETENCIAS FUNDAMENTALES																											
TOTAL MINUTOS MACROCICLO	9.360																										
ENTRENADOR	SENSEI JONAHAN PLAZAS																										

- Para los deportes individuales se debe proyectar los porcentajes de rendimiento en cada Mesociclo por cada deportista.

Nombre del deportista	Porcentaje de rendimiento %
David Santiago Camargo Garcia	90
walter jjavier carreño gomez	94
camilo andres jaimes gonzalez	90
carlos andres bolivar luque	90
jefferson andres suarez rico	90
sofia acero londoño	96
cristian mauricio suarez vega	95
jhohan alexander vega arias	97
miller nicolas martinez correa	98
zoe gabriela gonalez rivera	94
samuel perez murcia	90
juan pablo usaquen salamanca	91
michel dallana hernandez	91
brandon alexis piña pulido	94
Marlon arnovil roa salas	91
jorman arley roa salas	94
nicolas quiroga	94
Juan andres fragozo leon	94
nicol daniela castro rojas	92
jose manuel jerez	91
daniel peñaloza	94
samuel santiago acevedo cuesta	98
juan camilo bautista	94
danna lisbeth ramirez roa	94
kevin alexander mojica madero	94
sara fernanda muñoz mendoza	94
linda saray quintero perilla	94
brirny yanjar ramos umaña	94
jorge armando clavijo angarita	94
david ricardo quintero soler	94
juan sebastian oviedo rios	94

diego alejandro lemus castillo	94
brayan felipe martinez cabezas	94
julieth jimena perez montaña	94
angie viviana villarraga aponte	94
Natalia Suarez	94
sofia alejandra acero londoño	94
laura daniela perez vera	94
nikolas gabriel piñeros martinez	94
sol gabriela guevara vargas	85
javier nicolas son guataquira	84
stefany michel alba abril	91

2. **COMPETENCIAS A LAS QUE ASISTIÓ**:

✪ No se realizaron salidas de selección Casanare de karate do
✪ Anexar formato consolidado de participaciones.

3. REUNIONES INTERDISCIPLINARIAS

No se realizaron reuniones

4. TEST VALORACIONES:

Se realizó valoración técnica por parte del cuerpo técnico de la liga de karate do de Casanare a deportistas sub 21 modalidad kumite y se realiza test de navette a deportistas de la categoría infantil modalidad kata.

5. **ASISTENCIA**

✪ Relacionar detalladamente en el formato 1.1 Control de asistencia a los entrenamientos, especifique en los espacios apropiados el porcentaje de asistencia y los motivos de las ausencias.

Se anexa el formato 1.1 de control de asistencia

6. Escuelas De Formación:

No se realizaron visitas a escuelas de formación ya que la mayoría de deportistas de los diferentes municipios y monitores se encuentran en vacaciones.

Número de escuelas apoyadas, capitaciones realizadas, número de niños beneficiados, número de trabajos teórico – prácticos realizados, especificando las horas y lugares, temas tratados entre otros (anexar planillas de asistentes y presentación del temario y desarrollo de la capacitación)

INDERCAS INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE	**SISTEMA DE GESTION MECI - CALIDAD**	CÓDIGO: RAGCC52
	GESTION DE COMPRAS Y CONTRATACIÓN	FECHA: 20/02/2013
	ANEXO INFORME DE ACTIVIDADES	VERSIÓN: 01



Firma: _____

Nombre y Apellidos Jonathan Mauricio Plazas Hernández

C.C. 1.057.588.565 Sogamoso
Contratista

0

INDERCAS	SISTEMA DE GESTION MECI - CALIDAD	CÓDIGO: RAGCC52
	GESTION DE COMPRAS Y CONTRATACIÓN	FECHA: 20/02/2013
	ANEXO INFORME DE ACTIVIDADES	VERSIÓN: 01

MODELO DE METODOLOGICOS PARA LA PRESENTACION DE PLANES DE ENTRENAMIENTO

NOMBRE DEL ENTRENADOR:	**JONATHAN MAURICIO PLAZAS HERNANDEZ**										
DEPORTE: KARATE DO	**CATEGORIA: SENIOR, SUB 21, JUNIOR**		**MODALIDAD: KUMITE**		**EDAD: 12-31**		**GENERO:**	**M. F.**			
MACROCICLO No 1	**FECHA: 11 DICIEMBRE**		**TIPO DE MESOCICLO: BASICO DESARROLLADO**				**FECHA: 10 ENERO**				
TIPO DE MICROCICLOS	**MICRO11**		**MICRO 12**		**MICRO 13**		**MICRO 14**		**MICRO 5**		
	ORDINARIO		**ORDINARIO**		**ORDINARIO**		**ORDINARIO**				
FECHAS DE MICROCICLO	**Ini**	**Fin**	**Ini**	**Fin**	**Ini**	**Fin**	**Ini**	**Fin**	**Ini**	**Fin**	
	11-dic	**17-dic**	**18-dic**	**26-dic**	**27-dic**	**3-ene**	**4-ene**	**10-ene**			
OBJETIVOS MESOCICLO	**MEJORAR LA RESIENTENCIA EN ATAQUE Y DEFENSA**										
OBJETIVOS MICROCICLOS	**1**		**2**		**3**		**4**		**5**		
TECNICO	**FORTALECER LOS MOTORES PRIMARIOS EN KUMITE**		**VOL:40**	**INT:50%**	**VOL:40**	**INT:38%**	**VOL: 40**	**INT:50%**	**VOL:**	**INT:**	
VOL MIN:40			**fortalecimiento de guardia**		**GUARDIA DE DEFENSA A ATAQUE**		**ATAQUE A DEFENSA**				
INT FRECAR: 124ppm											
TACTICO	**CORDINAR CONTRA ATAQUE**		**VOL:40**	**INT:50%**	**VOL:40**	**INT:38%**	**VOL:40**	**INT:50%**	**VOL:**	**INT:**	
VOL MIN:40			**TRANSCICION DE DEFENSA A ATAQUE**		**TRANSICION DE ATAQUE A DEFENSA**		**ATAQUE EN GUERIS**				
INT FRECAR: 125 ppm											
FISICOS	**ELEVACION DE LA RESISTENCIA**		**VOL:40**	**INT:50%**	**VOL:40**	**INT:38%**	**VOL:40**	**INT:50%**	**VOL:**	**INT:**	
VOL MIN: 40			**RESISTENCIA A LA FUERZA**		**ESTABILIZAR COMBATE**		**CONTROL DE ATAQUE**				
INT FRECAR:144 ppm											
VOLUMEN TOTAL MIN	**120 X SESION**		**120 X SESION**		**120 X SESION**		**120 X SESION**				
INTENSIDAD	**62%**		**50%**		**45%**		**50%**				
MEDIOS	**ELEMENTOS DE PRECISION Y POTENCIA, EPP DE KARATE DO**		**ELEMENTOS DE PRECISION Y POTENCIA, EPP DE KARATE DO**		**ELEMENTOS DE PRECISION Y POTENCIA, EPP DE KARATE DO**		**ELEMENTOS DE PRECISION Y POTENCIA, EPP DE KARATE DO**				
METODOS	**FRACCIONADO**		**FRACCIONADO**		**FRACCIONADO**		**FRACCIONADO**				
EVALUACION	**TEST de navette Y TOPES DE CONTROL**		**TEST Y TOPES DE CONTROL**		**TEST Y TOPES DE CONTROL**		**TEST Y TOPES DE CONTROL**				

FIRMA DE ENTRENADOR / INSTRUCTOR: _____ _____

V°B° Metodologo de apoyo: _____

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ JONATHAN MAURICIO PLAZAS HERNANDEZ

Nombres y apellidos_____ JHON JAIRO ORTIZ RAMIREZ

PLAN GRAFICO MACROCICLO I KARATE DO 2023 JUEGOS NACIONALES 2023

SELECCIÓN DE KARATE DO CASANARE MODALIDAD KUMITE CATEGORIAS INFANTIL, JUNIOR, CADETES, SUB 21 Y MAYORES

KARATE DO CASANARE	ENERO A JUNIO	KATA Y KUMITE	JUEGOS NACIONALES NOVIEMBRE 2023
MACROS 1 2023	MACROCICLO I ENERO A JUNIO 2023		
Mesociclos 6			

FASES MESOCICLOS	DESARROLLADOR I					PRECOMPETITIVO				COMPETITIVO				TRANSITO				PRECOMPETITIVO				COMPETITIVO				TRANSITO	
MESES	ENERO					FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO					
MICROCICLO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	
DIAS DE ENTO.	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
SESIONES	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
HORAS	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
MINUTOS	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	
PREP. TECNICA%	50	50	50	50	50	50	55	55	50	60	60	60	50	35	30	40	45	50	55	55	45	40	40	35	40	35	
MINUTOS	180	180	180	180	180	180	198	198	180	144	126	126	180	126	144	144	162	180	198	198	162	144	144	126	144	126	
PREP. FISICA%	30	30	30	30	30	30	35	35	30	30	20	20	30	45	40	40	30	25	20	20	35	30	30	35	30	35	
MINUTOS	108	108	108	108	108	108	126	108	108	144	162	162	108	162	144	144	108	90	72	72	126	108	108	126	108	126	
PREP. TACTICA%	15	15	15	15	15	15	10	10	10	5	10	10	10	15	15	15	20	15	10	10	10	20	20	20	20	20	
MINUTOS	54	54	54	54	54	54	36	36	36	36	36	36	36	54	54	54	72	54	36	36	36	72	72	72	72	72	
PREP. TEO. PSI	5	5	5	5	5	5	0	0	10	5	10	10	10	5	5	5	5	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
MINUTOS	18	18	18	18	18	18	0	0	36	36	36	36	36	18	18	18	18	36	36	36	36	36	36	36	36	36	
TEST FISICOS					1									1											1		
PRUEBAS MEDICAS																											
PRUEBAS PSICOLOGICAS																											
COMPETENCIAS PREPARATORIAS																											
COMPETENCIAS FUNDAMENTALES																											
TOTAL MINUTOS MACROCICLO	9.360																										
ENTRENADOR	SENSEI JONATHAN PLAZAS																										

MACROCICLO KARATE DO

PLAN GRAFICO MACROCICLO II KARATE DO 2023 JUEGOS NACIONALES 2023																											
SELECCIÓN DE KARATE DO CASANARE MODALIDAD KUMITE CATEGORIAS INFANTIL, JUNIOR, CADETES, SUB 21 Y MAYORES																											
KARATE DO CASANARE	JULIO A DICIEMBRE								KATA Y KUMITE				JUEGOS NACIONALES NOVIEMBRE 2023															
MACROCICLO 2 2023	MACROCICLO I ENERO A JUNIO 2023																										
Mesociclos 6																											
FASES MESOCICLOS	TRANSITO		BASICO GENERAL			DESARROLLADOR II				PRECOMPETITIVO				COMPETITIVO				TRANSITO				FINALIZACION					
MESES	JULIO					AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE					
MICROCICLO	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	
DIAS DE ENTO.	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
SESIONES	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
HORAS	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
MINUTOS	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	360	
PREP. TECNICA%	50	50	50	50	50	50	55	55	50	60	60	60	50	35	30	40	45	50	55	55	45	40	40	35	20	20	
MINUTOS	180	180	180	180	180	180	198	198	180	144	126	126	180	126	144	144	162	180	198	198	162	144	144	126	72	72	
PREP. FISICA%	30	30	30	30	30	30	35	35	30	30	20	20	30	45	40	40	30	25	20	20	35	30	30	35	50	50	
MINUTOS	108	108	108	108	108	108	126	108	108	144	162	162	108	162	144	144	108	90	72	72	126	108	108	126	180	180	
PREP. TACTICA%	15	15	15	15	15	15	10	10	10	5	10	10	10	15	15	15	20	15	10	10	10	20	20	20	20	20	
MINUTOS	54	54	54	54	54	54	36	36	36	36	36	36	36	54	54	54	72	54	36	36	36	72	72	72	72	72	
PREP. TEO. PSI	5	5	5	5	5	5	0	0	10	5	10	10	10	5	5	5	5	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
MINUTOS	18	18	18	18	18	18	0	0	36	36	36	36	36	18	18	18	18	36	36	36	36	36	36	36	36	36	
TEST FISICOS					1									1											1		
PRUEBAS MEDICAS																											
PRUEBAS PSICOLOGICAS																											
COMPETENCIAS PREPARATORIAS																											
COMPETENCIAS FUNDAMENTALES																											
TOTAL MINUTOS MACROCICLO	9.360																										
ENTRENADOR	SENSEI JONAHAN PLAZAS																										

MACROCICLO KARATE DO

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

CERTIFICACION
FO-A-GDO-04
04-08-2017
Versión 02

EL SUSCRITO PROFESIONAL DE LA SUBGERENCIA DE DESARROLLO DEPORTIVO – INDERCAS - METODOLOGO

CERTIFICA Y/O DEJA CONSTANCIA QUE:

Que el entrenador, **JONATHAN MAURICIO PLAZAS HERNANDEZ**, identificado con cedula de ciudadanía No.1.057.588.565 de Sogamoso, cumplió con las actividades metodológicas consignadas en el contrato de prestación de servicios 209 de 2022, el cual tiene como objeto PRESTAR LOS SERVICIOS DE MANERA AUTÓNOMA E INDEPENDIENTE COMO ENTRENADORES NIVEL II PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES ESTABLECIDAS EN EL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y LA ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE" BPIN 2022005850020.para el periodo comprendido entre 11-12-2022 al 10-01-2023.

La anterior se expide a los Veintitres (23) días del mes de Enero de 2023.

JONATHAN GARCIA DAZA

Profesional Universitario – Metodólogo

REVISO: JHON JAIRO ORTIZ RAMIREZ

PROYECTO: JHON JAIRO ORTIZ RAMIREZ

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

PLANILLA DE ASISTENCIA

SELECCIÓN: KUMITE KARATE DO CASANARE **FECHA: DESDE: DIA:11 MES: 12 AÑO22 HASTA: DIA:10 MES:1 AÑO: 23**
DEPORTE: karate do **HORARIO:LUNES A VIERNES DE 5:00 PM A 09:00 SABADOS DE 7:00 A 15:00 HRS**
ENTRENADOR:Jonathan Plazas **EDADES: 12 años en adelante**
DIRECCIÓN:CALLE 24 N 25-29
TELEFONO: 3143683571

N°-	NOMBRE Y APELLIDOS	DIAS DE TRABAJO																											ASIST. %	OBSERVACIONES GENERALES
		11	12	13	14	15	17	18	19	20	21	22	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	7	8	9	10		
1	David Santiago Camargo Garcia	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	F	A	R	A		A	R	A	A	A	90	
2	walter jjavier carreño gomez	A	A		A	A	A	F	A		A	A	F	F	F		A	F	A	A	A	F		A	A	A	A	A	92	
3	camilo andres jaimes gonzalez	A	F		A	F	A	F	A		A	A	F	F	A		A	F	A	A	A	F		A	A	F	A	A	85	
4	carlos andres bolivar luque	A	A		R	A	A	F	F		A	A	A	A	A		F	A	A	A	F	A		A	F	A	A	A	85	
5	jefferson andres suarez rico	A	A		A	R	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	F	F		F	F	F	F	F	70	
6	katherine natalia suarez vega	F	F		A	F	A	A	F		A	F	A	A	A		F	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	85	
7	cristian mauricio suarez vega	A	A		A	A	F	A	A		F	A	A	A	A		A	A	A	F	A	A		A	A	A	A	A	85	
8	daniel stevene martinez vargas	A	A		A	A	A	A	A		A	F	A	A	F		A	F	A	A	A	A		A	F	A	A	A	84	
9	miller nicolas martinez correa	A	F		A	A	A	F	A		A	A	A	F	A		A	A	F	A	A	A		A	A	A	A	A	91	
10	zoe gabriela gonalez rivera	A	F		F	A	A	F	A		A	A	A	A	A		F	A	A	F	A	A		A	A	F	A	A	93	
11	samuel perez murcia	A	A		A	F	F	A	A		A	A	F	A	A		A	F	A	A	A	A		A	A	A	A	A	90	
12	juan pablo usaquen salamanca	A	A		A	A	A	A	A		A	A	F	A	A		A	F	A	A	A	A		A	A	A	A	A	90	
13	michel dallana hernandez	F	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A		F	A	A	A	A	90	
14	brandon alexis piña pulido	A	A		A	F	A	A	F		A	A	A	A	E		A	F	A	A	A	A		A	A	A	F	A	90	
15	Marlon arnovil roa salas	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	100	
16	jorman arley roa salas	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	F		A	A	F	A	A	89	
17	nicolas quiroga	A	A		A	A	A	F	A		A	F	A	A	F		A	A	A	A	A	F		A	A	A	A	A	89	
18	Juan andres fragozo leon	F	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	F		A	A	F	A	A	A		A	A	F	A	A	88	
19	nicol daniela castro rojas	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	F	A	A		A	A	A	A	A	94	
20	jose manuel jerez	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A		F	A	A	F	A	F		A	A	A	A	A	88	
21	daniel peñaloza	A	A		A	F	F	F	F		F	F	F	A	A		A	A	A	F	A	A		F	A	A	A	A	85	
22	samuel santiago acevedo cuesta	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	F		A	A	A	A	A	A		F	A	A	A	A	95	
23	juan camilo bautista	F	A		F	A	A	F	A		A	A	A	A	F		A	A	A	F	A	A		A	A	A	A	A	93	
24	julian almanza	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	F	A	A		A	A	F	A	A	85	
25	kevin alexander mojica madero	A	A		A	F	A	A	F		A	A	F	A	A		A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	85	
26	sara fernanda muñoz mendoza	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	80	
27	linda saray quintero perilla	A	A		A	A	A	A	F		A	A	A	F	A		A	F	A	F	A	A		A	F	A	A	A	80	
28	brirny yanjar ramos umaña	A	A		F	A	A	A	A		A	A	A	A	F		A	A	F	A	A	F		A	A	A	A	A	80	
29	jorge armando clavijo angarita	F	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A		A	F	F	A	A	90	
30	piña pulido johan santiago	A	A		A	A	A	F	A		A	A	F	A	A		F	A	A	A	A	F		A	A	A	A	A	84	
31	juan sebastian oviedo rios	A	A		A	F	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	94	

32	diego alejandro lemus castillo	A	A		A	F	A	A	A		A	A	A	A	F		F	A	A	A	A	F		A	A	F	A	A	99	
33	brayan felipe martinez cabezas	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	98	
34	julieth jimena perez montaña	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	F		A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	88	
35	angie viviana villarraga aponte	F	A		A	A	A	F	A		A	A	F	A	A		A	F	A	A	A	F		A	F	A	A	A	85	
36	juan sebastian daza lozano	A	A		A	A	F	A	A		F	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	90	
37	brayan alexis mendoza alfonso	A	A		F	A	A	A	A		A	A	A	A	F		A	A	A	A	A	A		A	F	A	A	A	85	
38	laura daniela perez vera	A	A		A	A	F	A	A		A	A	A	F	A		F	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	85	
39	nikolas gabriel piñeros martinez	A	F		A	F	A	A	F		F	A	A	A	A		F	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	85	
40	sol gabriela guevara vargas	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	F	A		F	A	A	A	A	F		A	A	A	A	A	84	
41	javier nicolas son guataquira	A	A		A	A	A	F	A		F	A	A	A	A		A	A	F	A	A	A		F	A	A	F	A	85	

CONVENCIÓNES: **A: ASISTIO** **R: LLEGADA TARDE** **E: EXCUSA** **F: NO ASISTIO**

FIRMA DEL ENTRENADOR:____ _____ **J.R.C.**

Nota: Los dias de trabajo van de acuerdo a la fecha de inicio

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACION DE CASANARE

SISTEMA DE GESTIÓN - CALIDAD
DEPORTES
POBLACIÓN BENEFICIADA

POBLACION BENEFICIADA
FO-M-DRA-10
04/05/2022
Version 02

BASE DE DATOS

CONTRATO No: 209 | FECHA: 11-12-22 A 10-01-23 | OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS DE MANERA AUTONOMA E INDEPENDIENTE COMO ENTRENADORES NIVEL II PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES ESTABLECIDAS EN EL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y LA ACTIVIDAD FÍSICA PARA

NOMBRES Y APELLIDOS: JONATHAN MAURICIO PLAZAS HERNANDEZ | N° CELULAR: 3143683571 | DEPORTE: KARATE DO

MES DE INFORME: 003 DE 008 | MUNICIPIO YOPAL | CORREO ELECTRONICO: jonathanplazas04@gmail.com

NOTA: SIGLA PPL-TD : POBLACION PRIVADA DE LA LIBERTAD
SIGLA PPR: POBLACION EN PROCEO DE REINSERCION

							ENFOQUE DE GENERO			ENFOQUE ETNICO				ENFOQUE DIFERENCIAL / POBLACIONAL							SECTOR	
N°-	MOMBRE Y APELLIDOS	N° D.I.	FECHA DE NACIMIENTO dd/mm/aaaa	EDAD	TELEFONO	E- MAIL	F	M	LGTBI	Indigenas	Comunidades Negras - Afro Raizales - Palenqueras	Pueblo ROM o Gitano	Ninguno	Victimas del Conflicto Armado	Habitante de Calle	PPL-TD	PPR	Poblacion en Pobreza Extrema	Personas con Discapacidad	Ninguno	U	R
1	David Santiago Camargo Garcia	100276521	24/10/2001	21	3227452134	camargodavid24@gmail.com		X					x							x	x	
2	walter jjavier carreño gomez	1098733367	22/01/1993	30	3164149825	ingeWTR@gmail.com		X					x							x	x	
3	camilo andres jaimes gonzalez	1063623990	31/08/1997	25	3123169522	camilojaim@gmail.com		X					x							x	x	
4	carlos andres bolivar luque	1.075.687.496	12/12/1998	24	3114847640	cabolivar981212@gmail.com		X					x							x	x	
5	jefferson andres suarez rico	1075670112	5/07/1993	29	3134422845	huskijas@gmail.com		X					x							x	x	
6	katherine natalia suarez vega	1075687075	24/10/1998	24	3204673529	pukanatalia@gmail.com		X					x							x	x	
7	cristian mauricio suarez vega	11075673371	6/07/1993	29	3124898729	crsitiansuarezg12@gmail.com		X					x							x	x	
8	jhohan alexander vega arias	1209643431	31/01/2006	17	3108152256	dsmartinez1d@gmail.com		X					x							x	x	
9	miller nicolas martinez correa	1029641848	10/06/2005	17	3134066839	milermartinez@hotmail.com		X					x							x	x	
10	zoe gabriela gonalez rivera	1050091775	6/07/2006	16	3217883773	zoegagonriv@gmail.com		X					x							x	x	
11	samuel perez murcia	1031019393	9/11/2009	13	3142901014	adcamu1@hotmail.com		X					x							x	x	
12	juan pablo usaquen salamanca	1075661361	16/06/2006	16	3143253574	juanpablousaquen@gmail.com		X					x							x	x	
13	michel dallana hernandez	1029642737	23/10/2005	17	3042242751	michelhernandez@gmail.com		X					x							x	x	
14	brandon alexis piña pulido	1057979749	31/12/2006	16	3208849917	edwinguzman396@gmail.com		X					x							x	x	
15	Marlon arnovil roa salas	1006460625	28/10/2003	19	3204574541	arnovilm14@gmail.com		X					x							x	x	
16	jorman arley roa salas	1006460829	28/10/2003	19	3143256585	jormanroa@gmail.com		X					x							x	x	
17	nicolas quiroga	1029666013	7/10/2010	12	31445417785			X					x							x	x	
18	Juan andres fragozo leon	1107860939	14/06/2010	12	3176687589			X					x							x	x	
19	nicol daniela castro rojas	1118120553	12/12/2005	17	3144578445		X						x							x	x	
20	jose manuel jerez	1171214125	18/12/2011	11	3212550392	yaje74@gmail.com		X					x							x	x	
21	daniel peñaloza	1057484551	7/10/2007	15	3145454112			X					x							x	x	
22	samuel santiago acevedo cuesta	1029659944	1/07/2012	10	3212866622	kfcuesta@gmail.com		X					x							x	x	
23	juan camilo bautista	1058356615	27/07/2011	11	304547548			X					x							x	x	
24	julian almanza	1029643629	10/02/2006	17	3144547548			X					x							x	x	
25	kevin alexander mojica madero	1141518482	24/10/2008	14	3134146007			X					x							x	x	
26	sara fernanda muñoz mendoza	1095306747	8/01/2008	15	3144653830	munozmendozasarafernanda@gmail.com	X						x							x	x	
27	linda saray quintero perilla	1012341088	15/04/2006	16	3112314325	quinterosaray81@gmail.com	X						x							x	x	
28	brirny yanjar ramos umaña	118540286	12/01/2007	16	3213603687	brirnyyanjarramos15@gmail.com	X						x							x	x	
29	jorge armando clavijo angarita	1069750281	5/02/1995	28	3203405368	jorgeclavijokarate@gmail.com		X					x							x	x	
30	david ricardo quintero soler	1029665515	25/07/2010	12	3208849917	nidiapulidocal30@gmail.com		X					x							x	x	
31	juan sebastian oviedo rios	1121877289	8/05/2009	13	3102994326	riossadri2015@gmail.com		X					x							x	x	
32	diego alejandro lemus castillo	1116546526	18/01/2009	14	3132081134	castibasonia@hotmail.com		X					x							x	x	

33	brayan felipe martinez cabezas	1097992930	4/05/2008	14	3112903026	martinezcabezas18@gmail.com		X					x						x	x	
34	julieth jimena perez montaña	1118540740	4/04/2007	15	3142803115	ximenaperezmontan1234@gmail.com	X						x						x	x	
35	angie viviana villarraga aponte	1018434134	31/03/2008	14	3104039810	andreita.moreno1177@gmai.com	X						x							x	
36	juan sebastian daza lozano	1019064987	11/11/2009	13	3123101878	leidymase162911@gmail.com		X					x						x	x	
37	sofia alejandra acero londoño	1029665699	10/07/2010	12	3144511224	olgambiental@gmail.com		X					x						x	x	
38	laura daniela perez vera	1116992217	30/10/2007	15	3104447547		X						x						x	x	
39	nikolas gabriel piñeros martinez	1057981555	9/08/2009	13	3212142565		X						x						x	x	
40	sol gabriela guevara vargas	116992362	13/04/2008	14	3147858465		X						x						x	x	
41	javier nicolas son guataquira	1116992331	23/10/2007	15	3117856545		X						x						x	x	
42	stefany michel alba abril	1007766621	22/05/2001	21	3116504857	stefanymichelabril@gmail.com	X						x						x	x	

FIRMA : _____

NOMBRES Y APELLIDOS JONATHAN PLAZAS HERNANDEZ 1057588565

INDERCAS INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACION DE CASANARE	SISTEMA DE GESTION MECI - CALIDAD DEPORTES POBLACIÓN BENEFICIADA		POBLACION BENEFICIADA FO-M-DRA-10 04/05/2022 Version 02

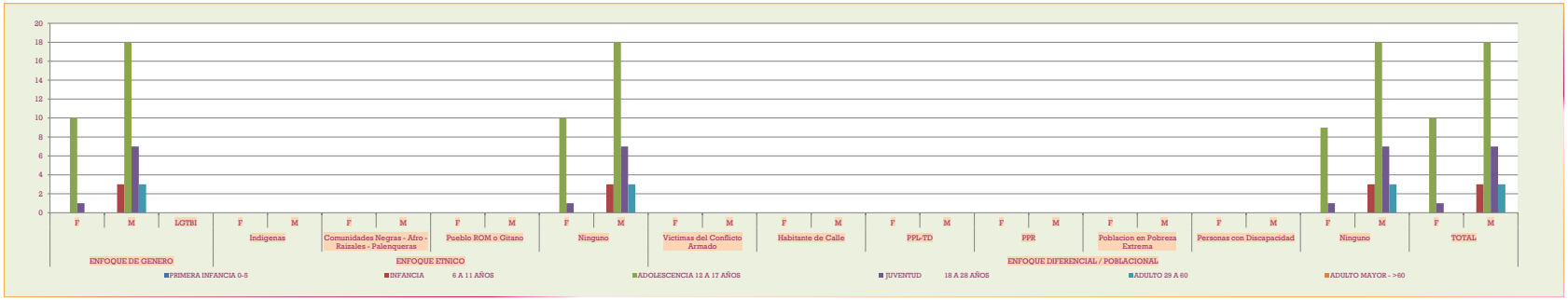
NOMBRE DEL CONTRATISTA: JONATHAN MAURICIO PLAZAS HERNANDEZ

PERIODO:003 de 008 | MUNICIPIO: YOPAL | SEDE DE TRABAJO: liga de karate do de Casanare

TELEFONO: 3143683571 | CORREO ELECTRONICO: jonathanplazas04@gmail.com

POBLACIÓN

RANGO DE EDAD / POBLACION	AREA URBANA/RURAL		ENFOQUE DE GENERO			ENFOQUE ETNICO								ENFOQUE DIFERENCIAL / POBLACIONAL												TOTAL		GRAN TOTAL
						Indigenas		Comunidades Negras - Afro - Raizales - Palenqueras		Pueblo ROM o Gitano		Ninguno		Victimas del Conflicto Armado		Habitante de Calle		PPL-TD		PPR		Poblacion en Pobreza Extrema		Personas con Discapacidad		Ninguno				
	U	R	F	M	LGTBI	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	
PRIMERA INFANCIA 0-5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
INFANCIA 6 A 11 AÑOS	3	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	**3**
ADOLESCENCIA 12 A 17 AÑOS	28	0	10	18	0	0	0	0	0	0	0	10	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	18	10	18	**28**
JUVENTUD 18 A 28 AÑOS	8	0	1	7	0	0	0	0	0	0	0	1	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7	1	7	**8**
ADULTO 29 A 60	3	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	**3**
ADULTO MAYOR - >60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
TOTALES	**42**	**0**	**11**	**31**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**11**	**31**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**10**	**31**	**11**	**31**	**42**



FIRMA : _____

NOMBRES Y APELLIDOS: **JONATHAN PLAZAS HERNANDEZ 1057588565**

LISTADO DE HOJAS DE VIDA INFORME 003 DE 008

N°	Nombre	hoja de vida
1	SANTIAGO CAMARGO	COMPLETA
2	SAMUEL PEREZ MURCIA	COMPLETA
3	WALTER CARREÑO	COMPLETA
4	CAMILO JAIMES	COMPLETA
5	CARLOS BOLIVAR	COMPLETA
6	JEFFERSON SUAREZ	COMPLETA
7	CRSITIAN SUAREZ	COMPLETA
8	SOFIA ACERO	COMPLETA
9	JHOHAN VEGA	COMPLETA
10	ZOE GONZALEZ	COMPLETA
11	MICHELL HERNANDEZ	COMPLETA
12	MILLER MARTINEZ	COMPLETA
13	JOSE MANUEL JEREZ	COMPLETA
14	DANIEL PEÑALOZA	COMPLETA
15	MICHEL ALBA	COMPLETA
16	NICOLAS QUIROGA	COMPLETA
17	SAMUEL ECEVEDO CUESTA	COMPLETA
18	JORGE CLAVIJO	COMPLETA
19	JHORMAN ROA	COMPLETA
20	BRANDON PIÑA	COMPLETA

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1



Formato Hoja de Vida

Deportistas.

Datos Básicos

Deporte: ___KARATE-DO_____

Identificación: ___1.002.760.521_____ Tipo: CC _X_ TI__ CE__ De: _Yopal_____

Apellidos: Camargo Garcia Nombre: __David Santiago_____

Sexo: M _X F __ Estado Civil: Soltero(a) _X Casado(a) __ Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 2022/10/24 Depto: __CASANARE_____ M/pio:__YOPAL_____

Nacionalidad: ___COLOMBIANA_____ Estrato Social: 1 __ 2 __ 3_X_ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: __YOPAL_____ Dirección: _CLL42 1 127 MNZNA F CASA 15

Teléfonos: _3227452134_____ Celular: 3227452134 E-mail: camargodavid24@mail.com

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__

Cuenta: Ahorro X__ C/te __ No: _03227452134 De: _BANCOLOMBIA_ Sucursal:

_____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria __ Secundaria _X_ Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: _BRAULIO GONZALEZ_ Tiempo _____ Termino Si_X_ No_

Titulo Obtenido: __BACHILLER_____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S__ M_X_ L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S__ M_X_ L__ XL__ XXL__

Sudadera S__ M_X_ L__ XL__ XXL__ Zapatos __42_____

EPS: __SANITAS_____ Fecha de Afiliación: ____/__/__

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__

Medicina Prepagada: Si__ No_X_ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad

_____

Visas: _____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Idiomas

Español Habla _x_ Lee _x_ Escribe _x_

Ingles Habla _x_ Lee _x_ Escribe _x_

Información Laboral

Empresa: _Alianzas M&M SAS____ Dirección: Cra 5 #34-34 Bodega 10 Centro empresarial komaso

Teléfono: 3124194021 Fecha de Ingreso: _2022_/_04_/_18_

Labor que desempeña: ___Auxiliar contable

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: ___66KG_____ Estatura: __1.77 m_____

Liga: _De Karate-Do Casanare____ Club: ___NI SENTE NASHI_____

Categoría: ___-68KG_____ División: ___AVANZADO_____

Modalidad:_KUMITE_____

Pruebas: _____

_____

_____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2013_____

2014_____

2015_____

2016__JONATHAN MAURICIO PLAZAS HERNANDEZ_____

2017__JONATHAN MAURICIO PLAZAS HERNANDEZ_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

2018___JONATHAN MAURICIO PLAZAS HERNANDEZ_____

2019___JONATHAN MAURICIO PLAZAS HERNANDEZ_____

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

_____

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. ___JUEGOS SUPERATE DEPARTAMENTALES CASANARE_____ Fecha: _____2018_____.

Modalidad y/o prueba._____KUMITE-55KG_____ Posición ocupada. ____PRIMER PUESTO_____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó.____8_____

Nivel de la competencia y Categoría.__KUMITE-55KG INTERMEDIO DEPARTAMENTALES_____

Nombre del evento. JUEGOS UNIVERSITARIOS REGIONALES NODO ORIENTE TUNJA ASCUN_ Fecha: _2019_____.

Modalidad y/o prueba.___KUMITE-55KG_____Posición ocupada. __PRIMER PUESTO_____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó.___7 _____

Nivel de la competencia y Categoría.___KUMITE -55KG INTERMEDIO REGIONALES_____

Nombre del evento. JUEGOS UNIVERSITARIOS NACIONALES BARRANQUILLA ASCUN Fecha: __2019_____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _PRIMER PUESTO_____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó.____9_____

Nivel de la competencia y Categoría.____KUMITE NACIONALES INTERMEDIO_____

Nombre del evento.JUEGOS UNIVERSITARIOS REGIONALES NODO ORIENTE TUNJA ASCUN Fecha: ___2022_____

Modalidad y/o prueba._KUMITE -68KG_AVANZADO_____ Posición ocupada. _____SEGUNDO PUESTO_____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____5_____

Nivel de la competencia y Categoría._____REGIONALES AVANZADO -68KG_____

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.002.760.521

CAMARGO GARCIA

APELLIDOS

DAVID SANTIAGO

NOMBRES



FIRMA

Scanned by TapScanner



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-OCT-2001

SOGAMOSO
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.77 **B+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

15-NOV-2019 YOPAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

ALEXANDER VEGA ROCHA

P-4600100-01118829-M-1002760521-20191211 **00692**57135A 3 52831471

Scanned by TapScanner

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1002760521
NOMBRES	DAVID SANTIAGO
APELLIDOS	CAMARGO GARCIA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	YOPAL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/11/2016	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: | 01/13/2023 09:37:27 | **Estación de origen:** | 2801:12:c800:2070::1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

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

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

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

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1



Formato Hoja de Vida

Deportistas.

Datos Básicos

Deporte: Karate -Do

Identificación: 1.098.733.367 Tipo: CC X TI__ CE__ De: Bucaramanga

Apellidos: Carreño Gómez Nombre: Walter JJavier

Sexo: M _X_ F _ Estado Civil: Soltero(a) X Casado(a) __ Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 22/01/1993 Depto: Santander M/pio: Bucaramanga

Nacionalidad: Colombiano Estrato Social: 1 __ 2 X 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: Floridablanca Dirección: Cll 22#28-05 Cj. AndaluciaT6 202

Teléfonos: _____ Celular: 316 4149 825 E-mail: IngeWTR@Gmail.com

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__

Cuenta: Ahorro: X_ C/te __ No: _301 7825 5505 De: Bancolombia Sucursal: __Bucaramanga

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria __ Secundaria __ Técnica __ Profesional _X Especializada __

Establecimiento Educativo: _Universidad de Santander (UDES) Tiempo _____ Termino SiX No__

Titulo Obtenido: Ingeniero Civil

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S__ M_ L_ XL x XXL__ Pantaloneta S__ M__ L__ XL x XXL__

Sudadera S__ M__ L__ XL x XXL__ Zapatos _42

EPS: Coosalud Fecha de Afiliación: _2/02/2021

ARP: Porvenir Fecha de Afiliación: _2/02/2021_

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__

Medicina Prepagada: Si_x_ No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad

_____

Visas: _____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Idiomas

Español Habla x Lee x Escribe x

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: WTR Ingeniería & Topografía SAS Dirección: Cll 22#28-05 Cj. AndaluciaT6 202

Teléfono: 3164149825 Fecha de Ingreso: 2/02/2021

Labor que desempeña: Ingeniero Civil

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: 96Kg Estatura:1.83

Liga: Karate -Do Club: Dojo Makoto

Categoría: +84Kg División: Senior Modalidad: Kumite

Pruebas: Kumite Mayores +84Kg

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2013 Ciro Castellanos_____

2014 Ciro Castellanos_____

2015 Ciro Castellanos_____

2016 Ciro Castellanos_____

2017 Ciro Castellanos_____

2018 JONATHAN PLAZAS _____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

2019 JONATHAN PLAZAS_____

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

_____

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____NA_____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. CAMPEONATO DEPARTAMENTAL DE KARATE DO _____ Fecha:10/05/2013

Modalidad y/o prueba._____KUMITE Posición ocupada .PRIMER PUESTO _____

Marca o tiempo._____NA No. de competidores con los que participó.21_____

Nivel de la competencia y Categoría. KUMITE MASCULINO -75 KG

Nombre del evento. CAMPEONATO NACIONAL INTERLIGAS Fecha: 07/06/2015.

Modalidad y/o prueba. KUMITE Posición ocupada.3 PUESTO

Marca o tiempo._NA No. de competidores con los que participó. 17

Nivel de la competencia y Categoría KUMITE MASCULINO -75 KG

Nombre del evento. CAMPEONATO DEPARTAMENTAL DE KARATE DO Fecha: 05/10716

Modalidad y/o prueba. KUMITE Posición ocupada. 4
Marca o tiempo NA No. de competidores con los que participó._____

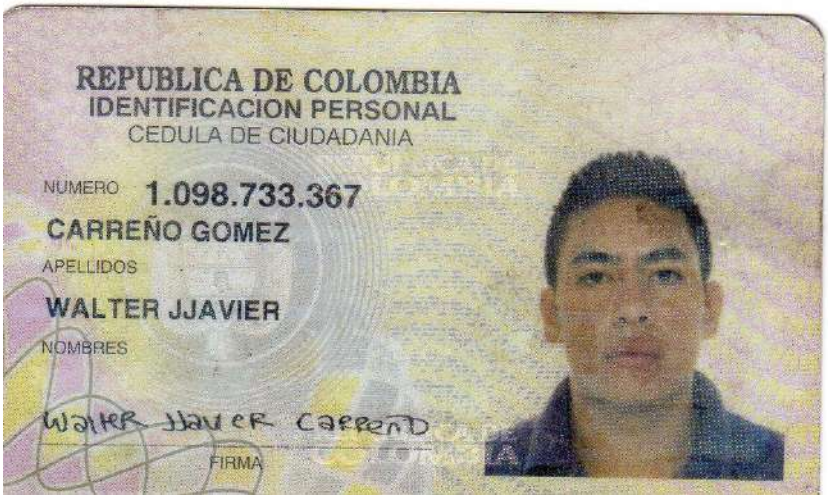
Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. CAMPEONATO NACIONAL PREJUEGOS ZIPAQUIRA Fecha: MARZO DE 2022.

Modalidad y/o prueba. KUMITE Posición ocupada. 10

Marca o tiempo. NA No. de competidores con los que participó.17

Nivel de la competencia y Categoría. KUMITE MAYORES – 84 KG



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.098.733.367

CARREÑO GOMEZ
APELLIDOS

WALTER JJAVIER
NOMBRES

Walter Javier Carreño
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-ENE-1993
BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.83 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

07-FEB-2011 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2700100-00284593-M-1098733367-20110317 0026170908A 1 35405656

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1098733367
NOMBRES	WALTER JJAVIER
APELLIDOS	CARREÑO GOMEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	SANTANDER
MUNICIPIO	BUCARAMANGA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	COOSALUD EPS S.A.	SUBSIDIADO	28/10/2019	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: | 01/22/2023 11:13:21 | **Estación de origen:** | 2801:12:c800:2070::1

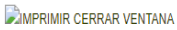
La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

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

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

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

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.



INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.001.345-1

Formato Hoja de Vida

Deportistas.

Datos Básicos

Deporte: Karate do

Identificación: 1.063.623.990 Tipo: CC X TI__ CE__ De: Bucaramanga

Apellidos: Jaimes Gonzalez Nombre: Camilo Andres

Sexo: M X F __ Estado Civil: Soltero(a) X Casado(a) __ Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: ____

Fecha de Nacimiento: 1997/08/31 Depto: Santander M/pio: Bucaramanga

Nacionalidad: Colombiana Estrato Social: 1__ 2 X 3__ 4__ 5__

Municipio de Residencia: Bucaramanga Dirección: Carrera 11 # 49-50

Teléfonos: 3123169522 Celular: 3123169522 E-mail Camlo Jaim@Gmail.com

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__

Cuenta: Ahorro X C/te __ No: 977-236739732 De: Bancolombia Sucursal: Bancolombia

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria __ Secundaria X Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: Instituto CoorPesander Tiempo _____ Termino Si X No__

Titulo Obtenido: Bachiller academico

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S__ M X L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S__ M X L__ XL__ XXL__

Sudadera S__ M X L__ XL__ XXL__ Zapatos 41

EPS: Sanitas Fecha de Afiliación: 2021/01/06

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__

Medicina Prepagada: Si__ No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

Visas: _____

Idiomas

Español Habla X Lee X Escribe X

Powered by CamScanner

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: Dominos Pizza Dirección: Cll 44 #29-43
Teléfono: 607 6793939 Fecha de Ingreso: 2022/09/09
Labor que desempeña: Gerente de tiendas

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ___/__/__ Descripción: _____
Fecha: ___/__/__ Descripción: _____
Fecha: ___/__/__ Descripción: _____
Fecha: ___/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: 73 Kilos Estatura: 1.75 cm
Liga: Casanare Club: _____
Categoría: -75 kg División: Senior Modalidad: Kumite
Pruebas: _____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2013 Carlos Alberto martinez
2014 Henry vargas
2015 Henry vargas
2016 Henry vargas
2017 Henry vargas
2018 Jonatan Plazas
2019 Jhonatan Plazas

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

Powered by CamScanner

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
NIT. 844.001.345-1

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____ Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____ Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____ Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. Campeonato Departamental Santander Fecha: 2013

Modalidad y/o prueba. Kumite masculino -67kt Posición ocupada. 1° Ter

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. Campeonato nacional intercolegiados Fecha: 2014

Modalidad y/o prueba. Kumite masculino -67 Kgr Posición ocupada. 1er

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. Campeonato Departamental Santander Fecha: 2016

Modalidad y/o prueba. Kumi Posición ocupada. 1er

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. Copa Boyaca Fecha: 2019

Modalidad y/o prueba. Kumite masculino -75 kl Posición ocupada. 1re

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Powered by CamScanner

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE

INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR EL FORMATO
HOJA DE VIDA DEPORTISTAS

1. DATOS BÁSICOS.
Deporte: Nombre del deporte al que pertenece. **Identificación**: No. del documento de identidad. **Tipo**: marcar con una X según el tipo de identificación. De: ciudad de expedición del documento.
Escribir los **Apellidos y Nombres** completos. **Sexo**: M ⇒ Masculino F ⇒ Femenino. **Estado civil:** Marcar con una X. **Etnia:** Raza a la que pertenece. **Fecha de nacimiento**: En el orden: Año, Mes y Día. **Departamento y Municipio** de nacimiento. **Nacionalidad:** Escribir la nacionalidad colombiana o extranjera. **Estrato Social:** Marcar con una X en la casilla correspondiente. **Municipio de residencia,** junto con **Dirección** y **Teléfonos, Celular, Bipper** y **E-mail** (Dirección de correo electrónico. **No. de pasaporte** y la **Fecha de vencimiento** del pasaporte en el orden: Año, Mes y Dia. Marcar con una X, la clase de cuenta, escribir el número, Banco y sucursal u oficina donde tiene su cuenta.

2. INFORMACIÓN ACADÉMICA
Nivel de Educación
Marcar con una X, de acuerdo al estudio terminado y aprobado:
Primaria ⇒ si su último nivel de estudio es éste.
Secundaria ⇒ si estudió los 6 años de secundaria.
Técnica ⇒ si estudió o estudia una carrera técnica.
Profesional ⇒ si obtuvo un título universitario.
Especializada ⇒ si después de terminada una educación profesional, realizó una especialización.
Establecimiento educativo: Nombre completo de la Institución del último nivel. **Tiempo**: tiempo en años o meses que duró su último estudio, si ya terminó o no; en el caso de ser terminado escribir el nombre completo del **Título obtenido**.
DATOS GENERALES
Diligenciar las Tallas de camiseta, pantaloneta, sudadera y/o tenis.
EPS: Nombre completo de la Entidad Promotora de Salud, a la cual se encuentra afiliado y la fecha de afiliación en el orden: Año, Mes y Día. **ARP**: Nombre completo de la Administradora de Riesgos Profesionales, a la cual se encuentra afiliado y la fecha de afiliación en el orden: Año, Mes y Día. **AFP**: Nombre completo de la Administradora de Fondo de Pensiones, a la cual se encuentra afiliado y la fecha de afiliación en el orden: Año, Mes y Día. **Medicina Prepagada**: Marcar con una X, si cuenta o no con este servicio, escribiendo la fecha de afiliación y el nombre de la Entidad a la cual se encuentra afiliado. **Visas**: enumerar las visas con las que cuente. **Idiomas**: Escribir los idiomas que domina, marcando con una X, en las casillas si lo habla, lee o escribe.

3. INFORMACIÓN LABORAL
Escribir el nombre completo de la empresa donde trabaja actualmente, la dirección, el teléfono, la **Fecha de ingreso** en el orden: Año, Mes y Día; lo mismo que especificar la labor o cargo que desempeña, diferente a la labor como deportista.

4. CONDECORACIONES
Fecha en el orden: Año, Mes y Día de la condecoración. **Descripción**: Nombre completo de la condecoración.
Hay espacio para las cinco (5) condecoraciones más importantes.

5. FICHA TÉCNICA
Escribir el **Peso** y **Estatura** actual. **Nombre de la Liga** y **Club** al que pertenece. **Categoría, División, Modalidad** y **Pruebas** en las que participa. En la lista de años: escribir al frente de cada año, el nombre completo del **Entrenador** que tuvo en el correspondiente año. En la lista de otros profesionales incluir a aquellos que han intervenido en su vida como deportista, médicos, psicólogos, nutricionista, etc., escribir los nombres completos.

6. PROGRAMAS DE APOYO DEPORTIVO (HISTORIAL)
El nombre completo del **Programa,** con el **Nivel** y **Categoría** alcanzada durante el periodo que ha permanecido en dicho programa.

7. HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS.
En este cuadro se debe consignar toda la información de los resultados importantes que ha obtenido a través de su carrera como deportista.
Fecha: en el orden: Año, Mes, Día.
Nombre del evento.
Modalidad y/o prueba.

Favor diligenciar el formato de la manera más completa y veraz

Powered by CamScanner


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.063.623.990
JAIMES GONZALEZ
APELLIDOS
CAMILO ANDRES
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO
31-AGO-1997
BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.77
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
28-SEP-2015 SAN MARTIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
P-1287500-00766999-M-1063623990-20151125
0047513232A 1
44092223
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1063623990
NOMBRES	CAMILO ANDRES
APELLIDOS	JAIMES GONZALEZ
FECHA DE NACIMIENTO	XX/XX/XX
DEPARTAMENTO	SANTANDER
MUNICIPIO	FLORIDABLANCA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/12/2018	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de impresión: | 01/22/2023 11:28:24 | Estación de origen: | 2801:12:c800:2070::1

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1



Formato Hoja de Vida

Deportistas.

Datos Básicos

Deporte: _____Karate Do_____

Identificación: _____1075687496_____ Tipo: CC _x_ TI__ CE__ De: _____Zipaquira_____

Apellidos: _Bolivar Luque_____ Nombre: _____Carlos Andres_____

Sexo: M x F __ Estado Civil: Soltero(a) __X Casado(a) __ Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: _12___/_12/__98 Depto: _Cundinamarca_____

M/pio:Zipaquira_____

Nacionalidad: ____Colombiana_____ Estrato Social: 1 __ 2 _x_ 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: ___Zipaquira _____ Dirección: _____Cra 33 # 6c-13_____

Teléfonos: ____8511909_____ Celular: 3114847640___ E-mail__cabolivar981212@hotmail.com_____

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria __ Secundaria __ Técnica __ Profesional _X Especializada __

Establecimiento Educativo: Universidad de Cundinamarca____ Tiempo ____5 años_____

Termino Si_X_ No__

Titulo Obtenido: _____Ingeniero de Sistemas _____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S_X M__ L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S_X_ M__ L__ XL__ XXL__

Sudadera S_X_ M__ L__ XL__ XXL__ Zapatos ___38___

EPS: ___Compensar_____ Fecha de Afiliación: __27__/_09_/_22_

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Medicina Prepagada: Si__ No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

Visas: _____

Idiomas

_____Español_____ Habla _x_ Lee _x_ Escribe _x_

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: _____Multiparque_____ Dirección: _____Bogota DC_____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: 19/09/19__

Labor que desempeña: _____Lider de Atracciones_____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: __60 kg_____ Estatura: _____1.60cm_____

Liga: _____Casanare _____ Club: _____

Categoría: _____ División: _____ Modalidad: _____

Pruebas: _____Kata – Kata equipo_____

_____

_____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2013_____SS. Juan Carlos

Suarez_____

2014_____SS. Juan Carlos Suarez_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

2015_____SS Baronio Cifuentes Medina_____

2016_____SS Baronio Cifuentes Medina_____

2017_____SS. Baronio Cifuentes Medina_____

2018_____SS.Carlos Bolivar_____

2019_____SS Carlos Bolivar_____

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

_____

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. Campeonato Nacional Interligas e Intercubles_____ Fecha: ____Agosto/2014_____.

Modalidad y/o prueba._____Kumite_____ Posición ocupada. _____Segundo Lugar_____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____14_____

Nivel de la competencia y Categoría._____Kumite -60KG_____

Nombre del evento. _____Juegos Nacionales Intercolegiados ____ Fecha: __12/10/2015_____.

Modalidad y/o prueba._____Kata_____ Posición ocupada. _____Segundo Lugar_____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó.___ 20_____

Nivel de la competencia y Categoría.____Kata Avanzados._____

Nombre del evento. _____Campeonato Panamericano SKIF_____ Fecha: _ 18/07/2013_____.

Modalidad y/o prueba._____Kata y Kumite_____ Posición ocupada. ___Primer Lugar - Kata_____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____30_____

Nivel de la competencia y Categoría._____Kata Avanzados – Kumite -60kg_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Nombre del evento. _____Juegos Nacionales ASCUN_____ Fecha: _____13/10/2017_____.

Modalidad y/o prueba._____Kata Avanzados_____ Posición ocupada. ___Segundo Lugar_____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____15_____

Nivel de la competencia y Categoría._____Kata Avanzados_____

Nombre del evento. _____Campeonato Internacional SKIF_____ Fecha: _____14/10/2018_____.

Modalidad y/o prueba._____Kumite -60kg_____ Posición ocupada. ____Segundo Lugar_____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____16_____

Nivel de la competencia y Categoría._____Kumite -60Kg_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. CAMPEONATO NACIONAL INTERLIGAS ZIPAQUIRA Fecha: 10/03.

Modalidad y/o prueba. KATA INDIVIDUAL Posición ocupada. __10_____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

01


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 1.075.687.496
BOLIVAR LUQUE
APELLIDOS
CARLOS ANDRES
NOMBRES
Andres Bolivar
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 12-DIC-1998
ZIPAQUIRA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
19-DIC-2016 ZIPAQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1075687496
NOMBRES	CARLOS ANDRES
APELLIDOS	BOLIVAR LUQUE
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	27/09/2022	31/12/2999	COTIZANTE



INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CUNDINAMARCA

Formato Hoja de Vida

Deportistas.

Datos Básicos

Deporte: __Karate-Do_____

Identificación: __1 075 670 112_____ Tipo: CC _X_ TI_ _ CE__ De

_____

Apellidos: __Suarez Rico ___ Nombre: _____Jefferson Andres _____

Sexo: M _X_ F __Estado Civil: Soltero(a) :X Casado(a) __ Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia:

_____

Fecha de Nacimiento: 05/07/1993 Depto: __Cundinamarca__ M/pio: __Zipaquira___

Nacionalidad: __Colombiana___ Estrato Social: 1 __ 2 _X 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: __Sabanalarga__ Dirección: ___Calle 6 N° 6 - 72 ____

Teléfonos: Movil_Celular: _3134422845__ E-mail_huskijas@hotmail.com___

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ___/__/__

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria __ Secundaria: X Técnica _X_ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: _Técnico Industrial_ Tiempo _11 años __ Termino Si_X_ No:__

Titulo Obtenido: _____Bachiller técnico en Electricidad y Electronica

_____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S__ M: X L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S__ M__ L:X XL__ XXL__

Sudadera S__ M__ L:X XL__ XXL__ Zapatos _39_

EPS: _Sura_____ Fecha de Afiliación: 14/10/22

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ___/__/__

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ___/__/__

Medicina Prepagada: Si__ No__ Fecha de Afiliación: ___/__/__ Entidad _____

Visas: _____

Powered by CamScanner

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE

Idiomas

_____Español__ Habla _X Lee X Escribe _X

Información Laboral

Empresa: _____Independiente_____ Dirección: ___-

_____ Teléfono: _____ Fecha de Ingreso:

___/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones

Fecha: _30___/_09_/_14_ Descripción: Medalla Juan Bautista Soler Fuerza Aérea Contingente

1/13_____

Fecha: ___/__/__ Descripción: _____

Fecha: ___/__/__ Descripción: _____

Fecha: ___/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: ___64 kg_____ Estatura: __1.65 cm____

Liga: _ Casanare ___ Club: __Kodokai Sabanalarga_____

Categoría: __Senior ____ División ___masculino____ Modalidad: ___kata ___

Pruebas: _____

_____

_____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2012 Sensei Juan Carlos Obando Entrenador Municipal

2013 Sensei Juan Carlos Obando Entrenador Municipal

2014 Sensei Juan Carlos Obando Entrenador Municipal

2015 Sensei Juan Carlos Obando Entrenador Municipal

2016 Sensei Juan Carlos Obando Entrenador Municipal

2017 Sensei Juan Carlos Obando Entrenador Municipal

Powered by CamScanner

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE

2018 Sensei Juan Carlos Obando Entrenador Municipal

2019 Sensei Juan Carlos Obando Entrenador Municipal

2020 Sensei Juan Carlos Obando Entrenador Municipal

2021 Sensei Juan Carlos Obando Entrenador Municipal

2022 Sensei Juan Carlos Obando Entrenador Municipal, Sensei Jhonatan Plazas Entrenador Departamental

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

_____

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____ Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____ Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____ Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. _____III Campeonato Internacional S.K.I.F.C_____ Fecha: _____Octubre 2022_____.

Modalidad y/o prueba. _____Kata_____ Posición ocupada. _____terce_____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____senior_____

Nombre del evento. _____Campeonato Nacional San gil Santander____ Fecha: _____Agosto 2022_____.

Modalidad y/o prueba._____Kata_____ Posición ocupada. _____ tercer_____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____Primer Campeonato Departamental de Ranking_____ Fecha: _____mayo 2022_____.

Modalidad y/o prueba._____Kata_____ Posición ocupada. _____
Tercer o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____Senior_____

Nombre del evento. _____Open internacional S.K.I._____ Fecha: _____septiembre 2019_____.

Powered by CamScanner

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
NIT. 844.003.345-1

Modalidad y/o prueba. _____Kata_____ Posición ocupada. _____tercer_____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____Senior_____

Nombre del evento. _____Campeonato Nacional Copa S.K.I.F.C Cartagena_____ Fecha: _____octubre 2018_____.

Modalidad y/o prueba._____Kata_____ Posición ocupada. _____Primer_____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____Senior_____

Powered by CamScanner

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
NIT. 844.003.345-1

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. II Campeonato Distrital Fecha: diciembre 2012

Modalidad y/o prueba. Kata y Kumite Posición ocupada. Primer y Segundo

Marca o tiempo. No. de competidores con los que participó.

Nivel de la competencia y Categoría. Senior

Nombre del evento. Campeonato Nacional Interligas Fecha: 2010

Modalidad y/o prueba. Kata Posición ocupada. Tercer

Marca o tiempo. No. de competidores con los que participó.

Nivel de la competencia y Categoría. Senior

Nombre del evento. IX Copa Ciudad de Madrid Fecha: Marzo 2011

Modalidad y/o prueba. Kata Posición ocupada. Tercer

Marca o tiempo. No. de competidores con los que participó.

Nivel de la competencia y Categoría. Senior

Nombre del evento. Juegos Intercolegiados Nacionales Fecha: 2010

Modalidad y/o prueba. Kata Posición ocupada. Tercer

Marca o tiempo. No. de competidores con los que participó.

Nivel de la competencia y Categoría. Cadete

Nombre del evento. I Campeonato Interligas Fecha: Febrero 2009

Modalidad y/o prueba. Kata Posición ocupada. Primer

Marca o tiempo. No. de competidores con los que participó.

Nivel de la competencia y Categoría. Cadete

Powered by CamScanner


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.075.670.112
SUAREZ RICO
APELLIDOS
JEFFERSON ANDRES
NOMBRES
Jefferson Suárez R.
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 05-JUL-1993
ZIPAQUIRA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63
ESTATURA
AB+
G.S. RH
M
SEXO
06-JUL-2011 ZIPAQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
P-1534008-00326034-M-1075670132-20110624 0027821144A 2 37008941

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1075870112
NOMBRES	JEFFERSON ANDRES
APELLIDOS	SUAREZ RICO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
MUNICIPIO	ZIPAQUIRA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
RETIRADO	EPS SURAMERICANA S.A.	CONTRIBUTIVO	01/06/2017	28/02/2022	ADICIONAL

Fecha de Impresion: | 01/22/2023 18:18:09 | Estación de origen: | 2801:12:c800:2070::1

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE



Formato Hoja de Vida

Deportistas.

Datos Básicos

Deporte: KARATE

Identificación: 11075673371 Tipo: CC X TI__ CE__ De: _____

Apellidos: Suarez vega Nombre: Cristian Mauricio

Sexo: M x F __ Estado Civil: Soltero(a) __ Casado(a) x Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 1994/07/06 Depto: Cundinamarca M/pio: Zipaquirá

Nacionalidad: colombiana Estrato Social: 1 __ 2 x 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: Sabanalarga Dirección: CALLE 6 #6-12

Teléfonos: _____ Celular:312-489-8729 E-mail cristiansuarezg12@gmail.com

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__

Cuenta: Ahorro x C/te __ No:38388046462 De: bancolombia Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria __ Secundaria __ Técnica __ Profesional x Especializada __

Establecimiento Educativo: universitaria de colombia Tiempo 8vo semestre Termino Si__ No___

Titulo Obtenido: _____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S__ M x L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S__ M x L__ XL__ XXL__

Sudadera S__ M x L__ XL__ XXL__ Zapatos __38___

EPS: nueva eps Fecha de Afiliación: 2014/06/06

ARP:AXA COLPATRIA Fecha de Afiliación: 2022/10/20

AFP: COLFONDOS Fecha de Afiliación: 2014/06/06

Medicina Prepagada: Si__ No X Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

Visas: _____

Idiomas

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Powered by CamScanner

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
NIT. 844.003.345-1

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ____/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: _____70KG_____ Estatura: ____1.60KG _____

Liga: _____CASANARE_____ Club: ___KODOKAI SABANALARGA_____

Categoría: _____MAYORES_____ División: ____KATA- KUMITE_____

Modalidad: _____-75KG_KUMITE EQUIPOS_KATA EQUIPOS_____

Pruebas: _____

_____

_____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2016 Sensei Juan Carlos Suarez Obando

2017 Sensei Juan Carlos Suarez Obando

2018 Sensei Juan Carlos Suarez Obando

2019 Sensei Juan Carlos Suarez Obando

2020 Sensei Juan Carlos Suarez Obando

2021 Sensei Juan Carlos Suarez Obando

2022 Sensei Juan Carlos Suarez Obando, Sensei Jonatán Plaza Entrenador Departamental

Powered by CamScanner

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

_____

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____ Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____ Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____ Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. III CAMPEONATO NACIONAL INTERLIGAS E INTERCLUBES PREJUEGOS NACIONALES 2023
Fecha: CALI, OCTUBRE 2022.
Modalidad y/o prueba. KATA EQUIPO Posición ocupada.8VAS

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría. SELECCIÓN PRE JUEGOS

Nombre del evento. III CAMPEONATO NACIONAL INTERLIGAS E INTERCLUBES PREJUEGOS NACIONALES 2023
Fecha: CALI, OCTUBRE 2022.
Modalidad y/o prueba. KUMITE INDIVIDUAL Posición ocupada. 9VAS

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó.29

Nivel de la competencia y Categoría. SELECCION PRE JUEGOS

Nombre del evento. III CAMPEONATO NACIONAL INTERLIGAS E INTERCLUBES PREJUEGOS NACIONALES 2023
Fecha: CALI, OCTUBRE 2022.
Modalidad y/o prueba. KUMITE EQUIPO Posición ocupada. 12VAS

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó.

Nivel de la competencia y Categoría. SELECCION PRE JUEGOS

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Powered by CamScanner

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
NIt. 844.003.345-1

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Otros pro...

Powered by CamScanner

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoria._____

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.075.673.371

SUAREZ VEGA

APELLIDOS

CRISTIAN MAURICIO

NOMBRES

CRISTIAN SUAREZ

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 06-JUL-1994

ZIPAQUIRA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

09-JUL-2012 ZIPAQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1534000-00392230-M-1075673371-20120809 0030769194A 1 38389710

Scanned by TapScanner

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1075673371
NOMBRES	CRISTIAN MAURICIO
APELLIDOS	SUAREZ VEGA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/****
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
MUNICIPIO	ZIPAQUIRA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACION DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/02/2014	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: | 01/22/2023 18:24:40 | Estación de origen: | 2801:12:c800:2070::1



INDERCAS

Formato Hoja de Vida

Deportistas

Datos Básicos

Deporte: Natación

Identificación: 1020867689 Tipo: CC TI X CE Dc. Expd:

Apellidos: Acero Londoño Nombres: Sofía Alejandra

Sexo: M F X Estado Civil: Soltero(a) X Casado(a) Separado(a) Viudo(a) Unión

Fecha de Nacimiento: 2010/10/07 Depto: Casanare Mpio: Yopal

Nacionalidad: Colombiana Estrato Social: 1 2 3 4 X 5

Municipio de Residencia: Yopal Casanare Dirección: Carrera 29 17-59 Casa K-14

Teléfonos: 3112040016-3114770274 Celular: 3208940110 e-mail: organdiomal@gmail.com

organdiocasa@gmail.com

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/____/____

Cuenta: Ahorro Cte No _____ De _____ Sucursal _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria Secundaria X Técnica Profesional Especialización

Establecimiento Educativo: Colegio San Mateo Apostol Tiempo Terminó: Si No

Título Obtenido: Sexto grado

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S X M L XL XXL Pantaloneta S X M L XL XXL

Sudadera S X M L XL XXL Zapatos 36

EPS: Sanitas Fecha de Afiliación: 2010/10/10

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/____/____

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/____/____

Medicina Prepagada: Si X No Fecha de Afiliación: 2014/01/26 Entidad Colmedica

Visas: americana _____

Powered by CamScanner

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
NIT. 844.003.345-1

Idiomas

Español _____ Habla X Lee X Escribe X

Ingles _____ Habla X Lee X Escribe X

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ____/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: 42 Kg Estatura: 1.65 m

Liga: Liga de Karate-do de Casanare Club: _____

Categoría: _____ División: _____ Modalidad: _____

Pruebas: _____

_____

_____

Powered by CamScanner

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2016 Jonathan Plazas

2017 Jonathan Plazas

2018 Jonathan Plazas

2019 Jonathan Plazas

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

_____

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____ Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____ Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____ Nivel: _____ Categoría: _____

Powered by CamScanner

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento: Campeonato Nacional Interligas Cali Fecha: octubre 2023

Modalidad y/o prueba: Kumite Posición ocupada: 10

Marca o tiempo: NA No. de competidores con los que participó: 16

Nivel de la competencia y Categoría: Kumite Individual femenina -47 Kg. Infantil

Nombre del evento. _____ Fecha: _____

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Powered by CamScanner


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
NÚMERO 1.029.665.699
ACERO LONDOÑO
APELLIDOS
SOFIA ALEJANDRA
NOMBRES
Sofia Acero
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO
07-OCT-2010
YOPAL
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
07-OCT-2028
O+
F
G.S. RH
SEXO
FECHA DE VENCIMIENTO
19-ENE-2018 YOPAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
P-4600100-00989054-F-1029665699-20180323
0060302589J 1
1794793587

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NUMERO DE IDENTIFICACION	1029665699
NOMBRES	SOFIA ALEJANDRA
APELLIDOS	ACERO LONDOÑO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	YOPAL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/10/2013	31/12/2999	BENEFICIARIO

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

MUNICIPIO: Yopal	RESPONSABLE	NOMBRE: Jonathan Portal	
FECHA: 01-12-23	GRUPO:	CARGO: Entrenador	

Yo: (padre/ Madre, Curador o Representante Legal)

Nombres:	Olga Patricia			**Apellidos:**	Londoño Bustos		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**CC**	X	**CE**		**Otro, cual:**		
N° de Documento:	53378418				**Expedido en:**	Tunja.	
Fecha de Nacimiento:	13-Mayo-87				**N° Celular:**	3114779274	
Dirección de Residencia:	Conjunto Residencial Valle de Guaratara						
Correo electrónico:	dgambeta10@gmail.com						
Departamento Residencia:	Casanare				**Municipio Residencia:**	Yopal	
Tipo de Representante Legal (Marque con una X)	**Padre**		**Madre**	X	**Tutor**		**Curador**	**Ninguno**

Autorizo el tratamiento de datos personales, la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Para La Recreación, El Deporte, La Educación Extra Escolar Y El Aprovechamiento Del Tiempo Libre En El Departamento De Casanare – INDERCAS y Gobernación de Casanare, con el fin de promover los derechos de imágenes durante las actividades de **PROYECTO APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.**

Declaro en forma voluntaria que autorizo y doy consentimiento al deportista que se relaciona a continuación para participar en los programas que están a cargo del INDERCAS y Gobernación de Casanare.

Nombre Deportista:	Sofia Alejandra			**Apellidos Deportista:**	Acero Londoño
Tipo de Documento (Marque con una X)	**T.I**	X	**RC**	**Registro Civil:**	**Otro, cuál?:**
N° de Documento:	1029665699.			**Expedido en:**	Yopal
Fecha de Nacimiento:	7 octubre 2010			**N° Celular:**	3208479110
Dirección de Residencia:	Conjunto Residencial Valle guaratara				
Correo electrónico:					
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Yopal
Actividad a desempeñar:	Estudiante				

Powered by CamScanner

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

Es mi deber informar si el deportista presenta alguna patología, prescripción médica, alergias, tratamiento médico (medicamentos formulados), psicológico o psiquiátrico o cualquier recomendación que deba ser tenida en cuenta para su participación, la cual se describe a continuación:

SI ☐ NO ☒

En caso de emergencia, comunicarse a cualquiera de los siguientes contactos:

N°	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1	Sofia Acero Londoño		
2	Claudia Patricia Londoño	Madre	

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de Sofia Acero Londoño en las actividades programadas en el marco del **PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020,** así mismo, libero al INSTITUTO y a la Gobernación de Casanare, de las responsabilidades que puedan ir más allá de la atención en primeros auxilios y notificación a la EPS que registré en mi inscripción.

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

REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD		HUELLA
FIRMA	Olga Londoño	
NOMBRES Y APELLIDOS:	Patricia Londoño	

(si al deportista lo representa legalmente una persona diferente a sus padres, se debe anexar la autorización para representar al menor)

Powered by CamScanner



INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
NIT. 844.003.345-1

Formato Hoja de Vida

Deportistas.

Datos Básicos

Deporte: Karate Do

Identificación: 1209643431_____ Tipo: CC __ TI_x_ CE__

De: Yopal Casanare_____

Apellidos: Vega Arias Nombre: _Jhojan Alexander_____

Sexo: M _x F __ Estado Civil: Soltero(a) x_ Casado(a) __ Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: _31_/_01_/_2006_ Depto: _casanare_____ M/pio: ___yopal_____

Nacionalidad: _Colombiano_____ Estrato Social: 1 _x_ 2__ 3__ 4__ 5__

Municipio de Residencia: Yopal_____ Dirección: cr20a N24 63_____

Teléfonos: _____ Celular: 3112190105 E-mail maariaalejandrabernal18@gmail.com Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria __ Secundaria _x_ Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: colegio san bartolome_____ Tiempo sabatina Termino Si__ No__

Titulo Obtenido: _____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S__ M__x L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S__ M_x_ L__ XL__ XXL__

Sudadera S__ M_x L__ XL__ XXL__ Zapatos 39 _____

EPS: Sanitas_____ Fecha de Afiliación: ____/__/__

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__

Medicina Prepagada: Si x_ No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad Sanitas_____

1

Powered by CamScanner

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE

Visas: NA

Idiomas

Español _____ Habla _x_ Lee _x_ Escribe __

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: NA Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ___/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ___/__/__ Descripción: NA

Fecha: ___/__/__ Descripción: _____

Fecha: ___/__/__ Descripción: _____

Fecha: ___/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: 67 Kg Estatura: 178

Liga: Karate - Casanare Club: Nisente Nosh.

Categoría: Kumite cadetes División: -67 Kg Modalidad: Kumite.

Pruebas: _____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2013 Jonathan Plazas

2014 Jonathan Plazas

2015 Jonathan Plazas

2016 Jonathan Plazas

Powered by CamScanner

2017 Jonathan Plazas

2018 Jonathan Plazas

2019 Jonathan Plazas

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

_____

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: NA Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____ Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____ Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento Indeportistas_____ Fecha: mayo5 2019

Modalidad y/o prueba._ Campeonato Departamental_____ Posición ocupada. 3 puesto

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría.___Infantil_____

Nombre del evento karate do___ Fecha: octubre 2021 _____.

Modalidad y/o prueba.. campeonato departamental Posición ocupada. _1 puesto_____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. Nacionales_____ Fecha: octubre

Modalidad y/o prueba.___Kumite masculino_____ Posición ocupada. 5 puesto _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó.__4_____

Nivel de la competencia y Categoría._____nacionales junior_____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Powered by CamScanner

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Powered by CamScanner


31-ENE-2006
YOPAL
(CASANARE)
31-ENE-2024
O+
M


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
NUMERO 1.029.643.431
VEGA ARIAS
APELLIDOS
JHOJAN ALEXANDER
NOMBRES
Jhojan

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1029643431
NOMBRES	JHOJAN ALEXANDER
APELLIDOS	VEGA ARIAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	YOPAL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACION DE AFILIACION	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	17/03/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

INDERCAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

MUNICIPIO: Yopal	RESPONSABLE GRUPO:	NOMBRE: Jonathan Plaza	
FECHA: 01/11/2022		CARGO: Entrenador.	

Yo (padre/ Madre, Curador o Representante Legal)

Nombres:	Yolly Paola			**Apellidos:**	Arcos Aguirre.		
Tipo de Documento (Marque con una X)	CC	X	CE		**Otro, cual:**		
N° de Documento:	33367881				**Expedido en:**	Yopal	
Fecha de Nacimiento:	1 octubre 1982.				**N° Celular:**	3112190105	
Dirección de Residencia:	Calle 24 #24A-68						
Correo electrónico:	Mariaalejandrabanol1@gmail.com						
Departamento Residencia:	Casanare				**Municipio Residencia:**	Yopal.	
Tipo de Representante Legal (Marque con una X)	**Padre**		**Madre**	X	**Tutor**		**Curador**	**Ninguno**

Autorizo el tratamiento de datos personales, la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Para La Recreación, El Deporte, La Educación Extra Escolar Y El Aprovechamiento Del Tiempo Libre En El Departamento De Casanare – INDERCAS y Gobernación de Casanare, con el fin de promover los derechos de imágenes durante las actividades de **PROYECTO APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.**

Declaro en forma voluntaria que autorizo y doy consentimiento al deportista que se relaciona a continuación para participar en los programas que están a cargo del INDERCAS y Gobernación de Casanare.

Nombre Deportista:	Jhelan Alexander			**Apellidos Deportista:**	Vega Anal.
Tipo de Documento (Marque con una X)	T.I	X	RC	**Registro Civil:**	**Otro, cuál?:**
N° de Documento:	1029643431			**Expedido en:**	Yopal
Fecha de Nacimiento:	31/01/2006			**N° Celular:**	3222120634.
Dirección de Residencia:	Calle 24 #24A-68				
Correo electrónico:					
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Yopal
Actividad a desempeñar:	Estudiante.				

Powered by CamScanner

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

Es mi deber informar si el deportista presenta alguna patología, prescripción médica, alergias, tratamiento médico (medicamentos formulados), psicológico o psiquiátrico o cualquier recomendación que deba ser tenida en cuenta para su participación, la cual se describe a continuación:

SI ☐ NO ☒

En caso de emergencia, comunicarse a cualquiera de los siguientes contactos:

N°	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1	Rocio Anaz	Madre	3112470105
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de _____ en las actividades programadas en el marco del **PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020,** así mismo, libero al INSTITUTO y a la Gobernación de Casanare, de las responsabilidades que puedan ir más allá de la atención en primeros auxilios y notificación a la EPS que registré en mi inscripción.

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

REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD		HUELLA
FIRMA	Nidy Anaz	
NOMBRES Y APELLIDOS:	Nidy Rocio Anaz	

(si al deportista lo representa legalmente una persona diferente a sus padres, se debe anexar la autorización para representar a menor)

Powered by CamScanner

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Formato Hoja de Vida

Deportistas.

Datos Básicos

Deporte: _Karate-Do_____

Identificación: __1050091775_____ Tipo: CC __ TI _X_ CE__ De:_Yopal_____

Apellidos: __Gonzalez_Rivera_____ Nombre: __Zoe_Gabriella_____

Sexo: M __ F_X_ Estado Civil: Soltero(a)_X_ Casado(a) __ Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: _2006_/06_/07_ Depto: __Boyacá__ M/pio: ____Tunja ____

Nacionalidad: ____Colombiana_____ Estrato Social: 1 __ 2 __ 3_X_ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: ____Yopal_____ Dirección: ___Cll_19-9_82_____

Teléfonos: _32178883773_3214302513__ Celular: _____ E-mail__zoegagonriv@gmail.com_

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria __ Secundaria _X _ Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: _Institución Educativa Centro Social_ Tiempo _6 años_

Termino Si__ No_X_

Titulo Obtenido: _____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S_x_ M__ L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S_x_ M__ L__ XL__ XXL__

Sudadera S_x_ M__ L__ XL__ XXL__ Zapatos ____35_____

EPS: _____Sanitas_____ Fecha de Afiliación: _20017_/_08_/_01_

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__

Medicina Prepagada: Si__ No_X_ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad

_____

Visas: _____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Idiomas

____Español_____ Habla _X_ Lee _X_ Escribe _X_

____Ingles_____ Habla X__ Lee _X_ Escribe _X_

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ____/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: ____45 Kg_____ Estatura: __150cm_____

Liga: _Liga de Karate-Do de Casanare___ Club: ___Ni Senté Nashi___

Categoría: ___Junior____ División: _-46____ Modalidad: _Kumite_____

Pruebas: _____

_____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2019_____

2020_____

2021____Jonathan _Mauricio _Plazas_Hernández _____

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. _Campeonato Departamental_____ Fecha: __2021_____.

Modalidad y/o prueba._____Kumite Femenino -53_____ Posición ocupada. __(1) primer lugar_____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____2_____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____Campeonato departamental_____ Fecha: ____2022___.

Modalidad y/o prueba._____Kumite_Femenino -53_____ Posición ocupada. _____(1) primer lugar____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____3_____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____Intercolegiados Departamental_____ Fecha: _____2022_____.

Modalidad y/o prueba. _____Kata femenino_____ Posición ocupada. _____(3) _tercer lugar_____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR EL FORMATO
HOJA DE VIDA DEPORTISTAS

1. DATOS BÁSICOS.

Deporte: Nombre del deporte al que pertenece. **Identificación**: **No**. del documento de identidad. **Tipo**: marcar con una X según el tipo de identificación**. De**: **ciudad** de expedición del documento.

Escribir los **Apellidos y Nombres** completos. **Sexo**: M ⇒ Masculino F ⇒ Femenino. **Estado civil:** Marcar con una X. **Etnia:** Raza a la que pertenece. **Fecha de nacimiento**: En el orden: Año, Mes y Día. **Departamento** y **Municipio** de nacimiento. **Nacionalidad:** Escribir la nacionalidad colombiana o extranjera. **Estrato Social:** Marcar con una X en la casilla correspondiente. **Municipio de residencia,** junto con **Dirección** y **Teléfonos**, **Celular**, **Bipper** y **E-mail** (Dirección de correo electrónico. **No. de pasaporte** y la **Fecha de vencimiento** del pasaporte en el orden: Año, Mes y Día. Marcar con una X, la clase de cuenta, escribir el número, Banco y sucursal u oficina donde tiene su cuenta.

2. INFORMACIÓN ACADÉMICA

Nivel de Educación

Marcar con una X, de acuerdo al estudio terminado y aprobado**:**

Primaria ⇒ si su último nivel de estudio es éste.

Secundaria ⇒ si estudió los 6 años de secundaria.

Técnica ⇒ si estudió o estudia una carrera técnica.

Profesional ⇒ si obtuvo un título universitario.

Especializada ⇒ si después de terminada una educación profesional, realizó una especialización.

Establecimiento educativo: Nombre completo de la Institución del último nivel. **Tiempo**: tiempo en años o meses que duró su último estudio, si ya terminó o no; en el caso de ser terminado escribir el nombre completo del **Título obtenido**.

DATOS GENERALES

Diligenciar las **Tallas** de camiseta, pantaloneta, sudadera y/o tenis.

EPS: Nombre completo de la Entidad Promotora de Salud, a la cual se encuentra afiliado y la fecha de afiliación en el orden: Año, Mes y Día. **ARP**: Nombre completo de la Administradora de Riesgos Profesionales, a la cual se encuentra afiliado y la fecha de afiliación en el orden: Año, Mes y Día. **AFP**: Nombre completo de la Administradora de Fondo de Pensiones, a la cual se encuentra afiliado y la fecha de afiliación en el orden: Año, Mes y Día. **Medicina Prepagada**: Marcar con una X, si cuenta o no con este servicio, escribiendo la fecha de afiliación y el nombre de la Entidad a la cual se encuentra afiliado. **Visas**: enumerar las visas con las que cuente. **Idiomas**: Escribir los idiomas que domina, marcando con una X, en las casillas si lo habla, lee o escribe.

3. INFORMACIÓN LABORAL

Escribir el nombre completo de la empresa donde trabaja actualmente, la dirección, el teléfono, la **Fecha de ingreso** en el orden: Año, Mes y Día; lo mismo que especificar la labor o cargo que desempeña, diferente a la labor como deportista.

4. CONDECORACIONES

Fecha en el orden: Año, Mes y Día de la condecoración. **Descripción**: Nombre completo de la condecoración.
Hay espacio para las cinco (5) condecoraciones más importantes.

5. FICHA TÉCNICA

Escribir el **Peso** y **Estatura** actual. **Nombre de la Liga** y **Club** al que pertenece. **Categoría**, **División**, **Modalidad** y **Pruebas** en las que participa. En la lista de años: escribir al frente de cada año, el nombre completo del **Entrenador** que tuvo en el correspondiente año. En la lista de otros profesionales incluir a aquellos que han intervenido en su vida como deportista, médicos, psicólogos, nutricionista, etc., escribir los nombres completos.

6. PROGRAMAS DE APOYO DEPORTIVO (HISTORIAL)

El nombre completo del **Programa**, con el **Nivel** y **Categoría** alcanzada durante el periodo que ha permanecido en dicho programa.

7. HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS.

En este cuadro se debe consignar toda la información de los resultados importantes que ha obtenido a través de su carrera como deportista.

Fecha: en el orden: Año, Mes, Día.
Nombre del evento.
Modalidad y/o prueba.

Favor diligenciar el formato de la manera más completa y veraz

Posición ocupada.
Marca o tiempo.
No. de competidores con los que participó.
Nivel de la competencia y **Categoría**.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.050.091.775**

GONZALEZ RIVERA

APELLIDOS

ZOE GABRIELLA

NOMBRES



Zoe Gabriella

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-JUN-2006**

TUNJA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

07-JUN-2024

FECHA DE VENCIMIENTO

O+ G S RH

F SEXO

20-DIC-2013 YOPAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

R-4600100-00659506-F-1050091775-20150121 **00424**12502A 1 43626726

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1050091775
NOMBRES	ZOE GABRIELLA
APELLIDOS	GONZALEZ RIVERA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	YOPAL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/08/2017	31/12/2999	BENEFICIARIO

Empresa: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso

Labor que desempeña: _____

Condecoraciones

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

MUNICIPIO: Yopal	RESPONSABLE GRUPO:	NOMBRE: Jordan Marcos Plata	
FECHA: 01/11/2022		CARGO: Entrenador	

Yo: (padre/ Madre, Curador o Representante Legal)

Nombres:	Fany Victoria			**Apellidos:**	Rivera Colmenares		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**CC**	X	**CE**		**Otro, cual:**		
N° de Documento:	1118535629				**Expedido en:**	Yopal	
Fecha de Nacimiento:	22/Jul/87				**N° Celular:**	3214302513	
Dirección de Residencia:	Calle 9 #9-82.						
Correo electrónico:	Fany.@gmail.com						
Departamento Residencia:	Casanare				**Municipio Residencia:**	Yopal	
Tipo de Representante Legal (Marque con una X)	**Padre**		**Madre**	X	**Tutor**		**Curador**	**Ninguno**

Autorizo el tratamiento de datos personales, la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Para La Recreación, El Deporte, La Educación Extra Escolar Y El Aprovechamiento Del Tiempo Libre En El Departamento De Casanare – INDERCAS y Gobernación de Casanare, con el fin de promover los derechos de imágenes durante las actividades de **PROYECTO APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.**

Declaro en forma voluntaria que autorizo y doy consentimiento al deportista que se relaciona a continuación para participar en los programas que están a cargo del INDERCAS y Gobernación de Casanare.

Nombre Deportista:	Zoe Gabriela			**Apellidos Deportista:**	Gonzalez Rivera
Tipo de Documento (Marque con una X)	**T.I**	X	**RC**	**Registro Civil:**	**Otro, cuál?:**
N° de Documento:	1050091775			**Expedido en:**	Yopal.
Fecha de Nacimiento:	06/07/2006			**N° Celular:**	3217883373.
Dirección de Residencia:	Calle 9 #9-82.				
Correo electrónico:					
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Yopal
Actividad a desempeñar:	Deportista				

Powered by CamScanner

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

Es mi deber informar si el deportista presenta alguna patología, prescripción médica, alergias, tratamiento médico (medicamentos formulados), psicológico o psiquiátrico o cualquier recomendación que deba ser tenida en cuenta para su participación, la cual se describe a continuación:

SI ☐ NO ☒

En caso de emergencia, comunicarse a cualquiera de los siguientes contactos:

N°	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1	Victoria Rivera Colmenares	Madre	3214302513
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de Zoe Gontalez. en las actividades programadas en el marco del **PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020,** así mismo, libero al INSTITUTO y a la Gobernación de Casanare, de las responsabilidades que puedan ir más allá de la atención en primeros auxilios y notificación a la EPS que registré en mi inscripción.

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

REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD	HUELLA
FIRMA: Victoria Rivera Colmenares	
NOMBRES Y APELLIDOS:	

(si al deportista lo representa legalmente una persona diferente a sus padres, se debe anexar la autorización para representar al menor).

Powered by CamScanner



INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE

Formato Hoja de Vida

Deportistas.

Datos Básicos

Deporte: Karate-do

Identificación: 1029642737 Tipo: CC __ TI X CE __ De: _____

Apellidos: Hernandez Galvis Nombre: Michell Dallana

Sexo: M __ F X Estado Civil: Soltero(a) X Casado(a) __ Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: ____

Fecha de Nacimiento: 23/10/05 Depto: Casanare M/pio: Yopal

Nacionalidad: Colombiana Estrato Social: 1 X 2 __ 3 __ 4 __ 5 __

Municipio de Residencia: Yopal Dirección: Cll 54 B-04 oeste 16

Teléfonos: 3149778269 Celular: 3042242751 E-mail dallannchernandez23@gmail.com

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ___/__/__

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria X Secundaria X Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: _____ Tiempo _____ Termino Si __ No __

Titulo Obtenido: _____

Datos Generales

Tallas: *Camisa/Blusa* S __ M X L __ XL __ XXL __ *Pantaloneta* S __ M X L __ XL __ XXL __

Sudadera S __ M X L __ XL __ XXL __ Zapatos T 37

EPS: Sanitas Fecha de Afiliación: 01/01/2022

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ___/__/__

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ___/__/__

Medicina Prepagada: Si __ No __ Fecha de Afiliación: ___/__/__ Entidad _____

Visas: _____

Idiomas

Español Habla X Lee X Escribe X

Powered by CamScanner

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ___/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: 22/12/22 Descripción: Condecoración deportista Karate-Do

Fecha: ___/__/__ Descripción: _____

Fecha: ___/__/__ Descripción: _____

Fecha: ___/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: 51Kg Estatura: 1.57

Liga: Karate-Do Club: Universitario Karate-Do

Categoría: -54Kg División: Femenina JuniorModalidad: _____

Pruebas: Combate Femenino Junior Karate-Do (-54Kg)

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2013 _____

2014 _____

2015 _____

2016 _____

2017 _____

2018 _____

2019 _____

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

Powered by CamScanner

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

2021 → Jonathan Plazas
2022/2023 → Jonathan Plazas

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: No aplica. Nivel: _____ Categoría: _____
Nombre del programa: _____ Nivel: _____ Categoría: _____
Nombre del programa: _____ Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. Campeonato Municipal - Gapal Fecha: Agosto/13
Modalidad y/o prueba. Combate -54kg Posición ocupada. 2 Lugar
Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. 6.
Nivel de la competencia y Categoría. Combate femenino Junior -54kg

Nombre del evento. Campeonato Municipal - Monterrey Fecha: 08/sep
Modalidad y/o prueba. Compate -54 kg Posición ocupada. 1 Lugar
Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. 9
Nivel de la competencia y Categoría. -54kg kumite femenino -54kg

Nombre del evento. Campeonato Nacional - Cali Fecha: 14/octubre
Modalidad y/o prueba. kumite -54 kg Posición ocupada. 4' Lugar
Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. 17
Nivel de la competencia y Categoría. Kumite Femenino -54kg.

Nombre del evento. _____ Fecha: _____
Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____
Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____
Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____
Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____
Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.029.642.737**

HERNANDEZ GALVIS

APELLIDOS

MICHELL DALLANNA

NOMBRES

Michell Dallanna Hernandez Galvis

FIRMA



Powered by CamScanner



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-OCT-2005**

YOPAL
(CASANARE)

LUGAR DE NACIMIENTO

23-OCT-2023

FECHA DE VENCIMIENTO

07-NOV-2019 YOPAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

A+ G S RH

F SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-4600100-01115587-F-1029642737-20191127 **0069**086322A 2 1795732328

Powered by CamScanner

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1029642737
NOMBRES	MICHELL DALLANNA
APELLIDOS	HERNANDEZ GALVIS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	YOPAL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/10/2019	31/12/2999	BENEFICIARIO

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.001.145-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN DE MENOR DE EDAD EN LOS SEMILLEROS DEPORTIVOS EN CUMPLIMIENTO DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

MUNICIPIO: YOPAL	**RESPONSABLE GRUPO:** JONATHAN PLAZAS
FECHA:	**CARGO:** Entrenador

Yo: (padre/ Madre, Curador o Representante Legal)

Nombres:	YORLEY			**Apellidos:** GALVIS			
Tipo de Documento (Marque con una X)	**CC**	X	**CE**		**Otro, cual:**		
N° de Documento:	1'118.537.141			**Expedido en:**	Yopal		
Fecha de Nacimiento:	31 Diciembre			**N° Celular:**	3144778269		
Dirección de Residencia:	Cll 54B-04 OESTE 16						
Correo electrónico:	yorleygalvis7@gmail.com						
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Yopal		
Tipo de Representante Legal (Marque con una X)	**Padre**		**Madre**	X	**Tutor**		**Curador**	

Autorizo el tratamiento de datos personales, imágenes y videos del menor de edad, que sean producto de su participación en las diferentes actividades programadas en el marco de los semilleros deportivos 2022 y eximo al INDERCAS Y a la GOBERNACION DE CASANARE de las responsabilidades que puedan ir más allá de la atención en primeros auxilios y notificación a la EPS que registre en mi inscripción.

Autorizo la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual del menor de edad en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Para La Recreación, El Deporte, La Educación Extra Escolar Y El Aprovechamiento Del Tiempo Libre En El Departamento De Casanare – INDERCAS y Gobernación de Casanare, con el fin de promover los derechos de imágenes durante los eventos del proyecto **SEMILLEROS DEPORTIVOS EN CUMPLIMIENTO DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020**, las cuales son propiedad del Instituto.

Declaro en forma voluntaria que autorizo y doy consentimiento al deportista que se relaciona en el siguiente cuadro para participar en los semilleros deportivos 2022, que están a cargo del INDERCAS y Gobernación de Casanare.

Nombre Deportista:	Michell Dallanna	**Apellidos Deportista:**	Hernandez Galvis

Powered by CamScanner

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
NIT 844.003.345-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN DE MENOR DE EDAD EN LOS SEMILLEROS DEPORTIVOS EN CUMPLIMIENTO DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

Tipo de Documento (Marque con una X)	**T.I**	X	**RC**	**Registro Civil:**	**Otro, cuál?:**
N° de Documento:	1029642737			**Expedido en:**	Yopal
Fecha de Nacimiento:	23-Oct-2005			**N° Celular:**	3042242251
Dirección de Residencia:	Cll 59 B-04 oeste 16				
Correo electrónico:	dallannahernandez23@gmail.com				
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Yopal

Es mi deber como responsable del menor de edad informar si presenta alguna patología, prescripción médica, alergias, tratamiento médico (medicamentos formulados), psicológico o psiquiátrico o cualquier recomendación que deba ser tenida en cuenta para su participación, la cual se describe a continuación:
SI ☐ NO ☑

_____

_____

_____

En caso de emergencia, si el representante legal y/o acudiente registrado en el presente documento no llegare a contestar el número celular anteriormente indicado, comunicarse a cualquiera de los siguientes contactos:

N°	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1	Yorley Galvis Cardenas	Madre	3144778269
2	Sergio Hernandez	Padre	3105683501

Manifiesto que he sido informado acerca de las jornadas de formación deportiva, recreación y de actividades físicas que se van a realizar en el marco de los semilleros deportivos, lo cual está bajo mi responsabilidad absoluta cualquier manifestación o cambio desfavorable de mi estado actual de salud e incluso la muerte.

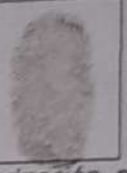
Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación del menor en los eventos del proyecto **SEMILLEROS DEPORTIVOS EN CUMPLIMIENTO DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020,** así mismo, en mi nombre y actuando en representación del menor, libero al INSTITUTO y a la Gobernación de Casanare, de las responsabilidades que puedan ir más allá de la atención *en primeros auxilios y notificación a la EPS que registré en mi inscripción.*

Powered by CamScanner

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.145-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN DE MENOR DE EDAD EN LOS SEMILLEROS DEPORTIVOS EN CUMPLIMIENTO DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

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

REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD		HUELLA
FIRMA	Yaleg Galvis C	
NOMBRES Y APELLIDOS:	Yaley Galvis Cardenas	
TIPO DE DOCUMENTO	1118537141 Cedula.	
NUMERO DE DOCUMENTO	1118537141	
FEHCA Y CIUDAD:	23/01/2023	

(si al menor lo representa una persona diferente a sus padres, se debe anexar la autorización para representar al menor).

Powered by CamScanner

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1



Formato Hoja de Vida

Deportistas.

Datos Básicos

Deporte: Karate Do

Identificación: 1029641848 Tipo: CC __ TI X CE __ De: Yopal

Apellidos: Martinez Correa Nombre: Miler Nicolás

Sexo: M X F __ Estado Civil: Soltero(a) X Casado(a) __ Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: ____

Fecha de Nacimiento: 2005/06/10 Depto: Casanare M/pio: Yopal

Nacionalidad: Colombiana Estrato Social: 1 X 2 __ 3 __ 4 __ 5 __

Municipio de Residencia: Yopal Dirección: Carrera 14A #41-09

Teléfonos: _____ Celular: 3134066839 E-mail _____

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: __/__/__

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria __ Secundaria X Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: I.T.E.Y Tiempo 12 años Termino Si __ No X

Titulo Obtenido: _____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S __ M __ L X XL __ XXL __ Pantaloneta S __ M __ L X XL __ XXL __

Sudadera S __ M __ L X XL __ XXL __ Zapatos 42

EPS: Sanitas EPS. Fecha de Afiliación: 2017/01/01

ARP: _____ Fecha de Afiliación: __/__/__

AFP: _____ Fecha de Afiliación: __/__/__

Medicina Prepagada: Si __ No __ Fecha de Afiliación: __/__/__ Entidad _____

Visas: _____

Idiomas

Español Habla X Lee X Escribe X

Powered by CamScanner

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ____/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: 68 kg Estatura: 1.80 m

Liga: Karate Do Casanare Club: Niseak Nashi

Categoría: -67 K mayores División: _____ Modalidad: Kumite

Pruebas: _____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2013 _____

2014 _____

2015 _____

2016 _____

2017 Jhonaton Plazas

2018 Jhonaton Plazas

2019 Jhonaton Plazas

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

Powered by CamScanner

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____ Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____ Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____ Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. II Campeonato nacional interligas c inter clubes Fecha: 2019/06/02.

Modalidad y/o prueba. Kumite Posición ocupada. 2

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. 2

Nivel de la competencia y Categoría. infantil 55 Kg

Nombre del evento. Intercolegiados Departamental Fecha: 2022/09/08.

Modalidad y/o prueba. Kumite Posición ocupada. 1 campeon

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. 2

Nivel de la competencia y Categoría. Junior +68 Kg

Nombre del evento. intercolegiados Departamental Fecha: 2022/09/08.

Modalidad y/o prueba. Kata Masculino Posición ocupada. 1 Campeon

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. 3

Nivel de la competencia y Categoría. Kata junior

Nombre del evento. Campeonato Departamental Fecha: 2022/.

Modalidad y/o prueba. Kumite Posición ocupada. 1

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. Junior + 68 Kg

Nombre del evento. Campeonato Departamental Fecha: 2022/.

Modalidad y/o prueba. Kumite Posición ocupada. 1

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Powered by CamScanner

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. Campeonato Departamental Fecha: 2021/11/14.
Modalidad y/o prueba. Kumite Posición ocupada. 3
Marca o tiempo. ____ No. de competidores con los que participó. 2
Nivel de la competencia y Categoría. Junior +68 kg

Nombre del evento. Campeonato Departamental Fecha: 2019.
Modalidad y/o prueba. Kumite Posición ocupada. 1 Campeon
Marca o tiempo. ____ No. de competidores con los que participó. 3
Nivel de la competencia y Categoría. Junior +68 Kg

Nombre del evento. Campeonato Departamental Fecha: 2019.
Modalidad y/o prueba. Kumite Posición ocupada. 1 Campeon
Marca o tiempo. ____ No. de competidores con los que participó. 3
Nivel de la competencia y Categoría. Junior +68 Kg

Nombre del evento. Campeonato Departamental Fecha: 2021/.
Modalidad y/o prueba. Kumite Posición ocupada. 2
Marca o tiempo. ____ No. de competidores con los que participó. 3
Nivel de la competencia y Categoría. Junior +68 Kg

Nombre del evento. Campeonato Departamental Fecha: 2021/10/.
Modalidad y/o prueba. Kumite Posición ocupada. 3
Marca o tiempo. ____ No. de competidores con los que participó. 2
Nivel de la competencia y Categoría. Junior +68 Kg

Powered by CamScanner

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Nivel de la competencia y Categoría. Junior +68 Kg

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

TARJETA DE IDENTIDAD No. 1.029.641.848

MARTINEZ CORREA
APELLIDOS

MILER NICOLAS
NOMBRES

10/JUN/2005
CASANARE YOPAL
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

SEXO M

G.S A RH +

19/JUN/2012
YOPAL, CASANARE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

09/JUN/2023
FECHA DE VENCIMIENTO

28240285
PRIMERA VEZ

© AGENDA NIT. 800.321.151-0

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Jorge Villamizar Trujillo
FIRMA DEL REGISTRADOR MUNICIPAL

REGISTRADOR ESPECIAL DEL ESTADO CIVIL

DURÓ

INDICE DERECHO



Escaneado con CamScanner

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1029841848
NOMBRES	MILER NICOLAS
APELLIDOS	MARTINEZ CORREA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	YOPAL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACION DE AFILIACION	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/02/2017	31/12/2999	BENEFICIARIO

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACION DE CASANARE
Nit. 844.003.145-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

MUNICIPIO: Yopal	**RESPONSABLE GRUPO:**	**NOMBRE:** Jonathan Pinto
FECHA: 17-11-2022		**CARGO:** Entrenador

Yo: (padre/ Madre, Curador o Representante Legal)

Nombres:	Nancy			**Apellidos:**	Correa		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**CC**	X	**CE**		**Otro, cual:**		
N° de Documento:	33481151			**Expedido en:**	Yopal		
Fecha de Nacimiento:	16/07/85			**N° Celular:**	3115859257		
Dirección de Residencia:	Carrera 14a #41-09						
Correo electrónico:	Nancy_Nico10089@yahoo.es						
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Yopal		
Tipo de Representante Legal (Marque con una X)	**Padre**		**Madre**	X	**Tutor**		**Curador**	**Ninguno**

Autorizo el tratamiento de datos personales, la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Para La Recreación, El Deporte, La Educación Extra Escolar Y El Aprovechamiento Del Tiempo Libre En El Departamento De Casanare – INDERCAS y Gobernación de Casanare, con el fin de promover los derechos de imágenes durante las actividades de **PROYECTO APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.**

Declaro en forma voluntaria que autorizo y doy consentimiento al deportista que se relaciona a continuación para participar en los programas que están a cargo del INDERCAS y Gobernación de Casanare.

Nombre Deportista:	Miller Nicolas			**Apellidos Deportista:**	Martinez Correa		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**T.I**	X	**RC**		**Registro Civil:**	**Otro, cuál?:**	
N° de Documento:	1029641848			**Expedido en:**	Yopal		
Fecha de Nacimiento:	10/06/2005			**N° Celular:**	3115859257		
Dirección de Residencia:	Carrera 14a #41-09						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Yopal		
Actividad a desempeñar:	Deportista						

Powered by CamScanner

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.001.145-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

Es mi deber informar si el deportista presenta alguna patología, prescripción médica, alergias, tratamiento médico (medicamentos formulados), psicológico o psiquiátrico o cualquier recomendación que deba ser tenida en cuenta para su participación, la cual se describe a continuación:

SI ☐ NO ☒

En caso de emergencia, comunicarse a cualquiera de los siguientes contactos:

N°	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1	Nancy Yolanda Correa	Madre	3115859257
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de Milan Nicolas Montaño Correa en las actividades programadas en el marco del **PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020,** así mismo, libero al INSTITUTO y a la Gobernación de Casanare, de las responsabilidades que puedan ir más allá de la atención en primeros auxilios y notificación a la EPS que registré en mi inscripción.

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

REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD		HUELLA
FIRMA	Nancy Yolanda Correa	
NOMBRES Y APELLIDOS:	Jorge Montaño	

(si al deportista lo representa legalmente una persona diferente a sus padres, se debe anexar la autorización para representar a menor).

Powered by CamScanner

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1



Formato Hoja de Vida

Deportistas.

Datos Básicos

Deporte: Karate DO

Identificación: 1.171.214.125 Tipo: CC __ TI X CE__ De: Yopal

Apellidos: Jerez García Nombre: José Manuel

Sexo: M X F __ Estado Civil: Soltero(a) X Casado(a) __ Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 18/12/2011 Depto: Cundinamarca M/pio: Fusagasugá

Nacionalidad: Colombiano Estrato Social: 1 __ 2 __ 3 X 4 __ 5__

Municipio de Residencia: Yopal Dirección: Calle 40 # 23-73 Ciudadela Confacasanare

Teléfonos: 3112550392 Celular: 3214267204 E-mail yaje74@gamil.com

Pasaporte: 1.171.214. 125 Fecha de vencimiento: ____/__/__

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria X Secundaria __ Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: ___Tiempo _____ Termino Si__ No__

Titulo Obtenido: _____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S__ M X L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S__ M X L__ XL__ XXL__

Sudadera S__ M X L__ XL__ XXL__ Zapatos T 36

EPS: Sanitas Fecha de Afiliación: ____/__/__

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__

Medicina Prepagada: Si__ No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

Visas: _____

Idiomas

Español Habla X Lee X Escribe X

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Inglés Habla X Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: _____NA_____ Dirección:

_____ Teléfono: _____ Fecha de Ingreso:

____/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/2018 Descripción: Medalla Bronce

Fecha: ____/__/2019 Descripción: Medalla de oro

Fecha: ____/__/2021 Descripción: Medalla de oro

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: 40 Kg Estatura: 1.43

Liga: Karate do Club: Casanare

Categoría: _____- 40 KG_____ División: _____ Modalidad KUMITE

Pruebas: KUMITE INDIVIDUAL – 40 KG

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2015 Sensei Jonathan Plazas

2016 Sensei Jonathan Plazas

2017 Sensei Jonathan Plazas

2018 Sensei Jonathan Plazas

2019 Sensei Jonathan Plazas

2021 Sensei Jonathan Plazas

2022 Sensei Jonathan Plazas

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

_____

_____

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____NINGUNO_____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. CAMPEONATO DEPARTAMENTAL DE KARATE DO Fecha: OCTUBRE 2021.

Modalidad y/o prueba. KUMITE INDIVIDUAL – 40 KG Posición ocupada. 2

Marca o tiempo. _____ NA_____ No. de competidores con los que participó 9

Nivel de la competencia y Categoría CAMPEONATO DEPARTAMENTAL

Nombre del evento. CAMPEONATO DEPARTAMENTAL DE KARATE Fecha: JUNIO 2022

Modalidad y/o prueba. KATA INDIVIDUAL MASCULINO Posición ocupada. 2

Marca o tiempo. N.A No. de competidores con los que participó. 8

Nivel de la competencia y Categoría. RANKING DEPARTAMENTAL

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.



FECHA DE NACIMIENTO
18-DIC-2011

FUSAGASUGA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

18-DIC-2029
FECHA DE VENCIMIENTO

A+
G S RH

M
SEXO

19-FEB-2019 YOPAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

ÍNDICE DERECHO

P-4600100-01069284-M-1171214125-20190327 0064991329A 1 1795356835

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.171.214.125

JEREZ GARCIA

APELLIDOS

JOSE MANUEL

NOMBRES



Jose manuel

FIRMA

Powered by CamScanner

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NUMERO DE IDENTIFICACION	1171214125
NOMBRES	JOSE MANUEL
APELLIDOS	JEREZ GARCIA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	YOPAL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/06/2016	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: | 01/26/2023 09:28:51 | Estación de origen: | 2001:12:e800:2070::1

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.001.345-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

MUNICIPIO: Yopal	**RESPONSABLE**	**NOMBRE:** Jonathan M. Plata H.	
FECHA: 19/11/2022	**GRUPO:**	**CARGO:** Entrenador.	

Yo: (padre/ Madre, Curador o Representante Legal)

Nombres:	Yasmin Garcia			**Apellidos:**	Garcia.		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**CC**	X	**CE**		**Otro, cual:**		
N° de Documento:	52222628				**Expedido en:**	Bogota.	
Fecha de Nacimiento:	29/08/74				**N° Celular:**	3112550892	
Dirección de Residencia:	Calle 29 # 15-07.						
Correo electrónico:	Yasc74@gmail.com.						
Departamento Residencia:	Casanare				**Municipio Residencia:**	Yopal	
Tipo de Representante Legal (Marque con una X)	**Padre**		**Madre**	X	**Tutor**		**Curador**	**Ninguno**

Autorizo el tratamiento de datos personales, la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Para La Recreación, El Deporte, La Educación Extra Escolar Y El Aprovechamiento Del Tiempo Libre En El Departamento De Casanare – INDERCAS y Gobernación de Casanare, con el fin de promover los derechos de imágenes durante las actividades de **PROYECTO APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.**

Declaro en forma voluntaria que autorizo y doy consentimiento al deportista que se relaciona a continuación para participar en los programas que están a cargo del INDERCAS y Gobernación de Casanare.

Nombre Deportista:	Jose Manuel			**Apellidos Deportista:**	Jerez Garcia		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**T.I**	X	**RC**		**Registro Civil:**	**Otro, cuál?:**	
N° de Documento:	1171214125				**Expedido en:**	Yopal	
Fecha de Nacimiento:	10 Dic 2011				**N° Celular:**	3212550392	
Dirección de Residencia:	Calle 29 # 15-07						
Correo electrónico:	Yasc74@gmail.com.						
Departamento Residencia:	Casanare				**Municipio Residencia:**	Yopal	
Actividad a desempeñar:	Deportista						

Powered by CamScanner

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
NIT. 844.003.385-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

Es mi deber informar si el deportista presenta alguna patología, prescripción médica, alergias, tratamiento médico (medicamentos formulados), psicológico o psiquiátrico o cualquier recomendación que deba ser tenida en cuenta para su participación, la cual se describe a continuación:
SI [ ] NO [X]

En caso de emergencia, comunicarse a cualquiera de los siguientes contactos:

N°	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1	Yasmin Garcia	Madre	3112550392.
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de Jose Manuel Garcia en las actividades programadas en el marco del **PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020,** así mismo, libero al INSTITUTO y a la Gobernación de Casanare, de las responsabilidades que puedan ir más allá de la atención en primeros auxilios y notificación a la EPS que registré en mi inscripción.

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

REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD		HUELLA
FIRMA		
NOMBRES Y APELLIDOS:	Yasmin Garcia	

(si al deportista lo representa legalmente una persona diferente a sus padres, se debe anexar la autorización para representar al menor).

Powered by CamScanner

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Formato Hoja de Vida

Deportistas.

Datos Básicos

Deporte: Karate Do

Identificación: 1.029.648.798 Tipo: CC __ TI X CE __ De: Yopal - Casanare

Apellidos: Peñaloza Gaitan Nombre: Daniel Felipe

Sexo: M X F __ Estado Civil: Soltero(a) X Casado(a) __ Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 2008/05/02 Depto: Casanare - Yopal M/pio: Yopal

Nacionalidad: Colombiana Estrato Social: 1 __ 2 X 3 __ 4 __ 5 __

Municipio de Residencia: Casanare Dirección: cll 37 transv 23 T1 A302

Teléfonos: _____ Celular: 3208749000 E-mail dinae888@gmail.com

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria X Secundaria __ Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: Braulio Gonzales Tiempo _____ Termino Si __ No __

Titulo Obtenido: _____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S __ M __ L X XL __ XXL __ Pantaloneta S __ M __ L X XL __ XXL __

Sudadera S __ M __ L X XL __ XXL __ Zapatos 39 - 40

EPS: Sanitas Fecha de Afiliación: 2019/12/01

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__

Medicina Prepagada: Si __ No X Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

Visas: _____

Idiomas

Español Habla ✓ Lee ✓ Escribe ✓

Powered by CamScanner

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: NA Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ___/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ___/__/__ Descripción: Ninguno.

Fecha: ___/__/__ Descripción: _____

Fecha: ___/__/__ Descripción: _____

Fecha: ___/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: 75 Estatura: 178.

Liga: Karate de Casanare Club: Miembro Nagashi

Categoría: -75 Kg División: _____ Modalidad: Kumite.

Pruebas: Kata individual Masculino

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2013 _____

2014 _____

2015 _____

2016 _____

2017 _____

2018 _____

2019 Jonathan Perez

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

Powered by CamScanner

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: NA Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____ Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____ Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. Campeonato departamental Karate Fecha: Marzo 2021

Modalidad y/o prueba. Kumite Cadetes Posición ocupada. 1

Marca o tiempo. NA No. de competidores con los que participó. 10

Nivel de la competencia y Categoría. Campeonato departamental.

Nombre del evento. Campeonato Ranking departamental Fecha: octubre 2021

Modalidad y/o prueba. Kumite Cadetes Posición ocupada. 2

Marca o tiempo. NA No. de competidores con los que participó. 16.

Nivel de la competencia y Categoría. Ranking departamental.

Nombre del evento. Campeonato Nal de Karate Fecha: Junio 2021.

Modalidad y/o prueba. Kumite -75kg. Posición ocupada. 6.

Marca o tiempo. NA No. de competidores con los que participó. 18.

Nivel de la competencia y Categoría. Nacional federado de Karate do.

Nombre del evento. _____ Fecha: _____

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Powered by CamScanner


02-MAY-2026
02-MAY-2026
M


REPÚBLICA DE COLOMBIA

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1029648798
NOMBRES	DANIEL FELIPE
APELLIDOS	PEÑALOZA GAITAN
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	YOPAL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	01/12/2019	31/12/2999	BENEFICIARIO

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACION DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

MUNICIPIO: Yopal	**RESPONSABLE GRUPO:**	**NOMBRE:** Jonathan M. Rozo R.	
FECHA: 17/11/2022.		**CARGO:** Entrenador.	

Yo: (padre/ Madre, Curador o Representante Legal)

Nombres:	Leidy Cristina			**Apellidos:**	Gaona Moreno.		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**CC**	X	**CE**		**Otro, cual:**		
N° de Documento:	1118535420				**Expedido en:**	Yopal	
Fecha de Nacimiento:	10/02/87				**N° Celular:**	3208749000	
Dirección de Residencia:	Conjunto Residencial Confecasanare.						
Correo electrónico:	leidyCris6@hotmail.com						
Departamento Residencia:	Casanare				**Municipio Residencia:**	Yopal	
Tipo de Representante Legal (Marque con una X)	**Padre**		**Madre**	X	**Tutor**		**Curador**	**Ninguno**

Autorizo el tratamiento de datos personales, la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Para La Recreación, El Deporte, La Educación Extra Escolar Y El Aprovechamiento Del Tiempo Libre En El Departamento De Casanare – INDERCAS y Gobernación de Casanare, con el fin de promover los derechos de imágenes durante las actividades de **PROYECTO APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.**

Declaro en forma voluntaria que autorizo y doy consentimiento al deportista que se relaciona a continuación para participar en los programas que están a cargo del INDERCAS y Gobernación de Casanare.

Nombre Deportista:	David Felipe			**Apellidos Deportista:**	Rendon Gaona
Tipo de Documento (Marque con una X)	**T.I**	X	**RC**	**Registro Civil:**	**Otro, cuál?:**
N° de Documento:	1029648789			**Expedido en:**	Yopal.
Fecha de Nacimiento:	02/05/08			**N° Celular:**	3208749000
Dirección de Residencia:	Conjunto Residencial				
Correo electrónico:	David270A@gmail.com				
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Yopal.
Actividad a desempeñar:	Deportista				

Powered by CamScanner

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.385-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

Es mi deber informar si el deportista presenta alguna patología, prescripción médica, alergias, tratamiento médico (medicamentos formulados), psicológico o psiquiátrico o cualquier recomendación que deba ser tenida en cuenta para su participación, la cual se describe a continuación:
SI ☐ NO ☒

En caso de emergencia, comunicarse a cualquiera de los siguientes contactos:

N°	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1	Cristina Cortes	Madre	3206749000
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de _____ en las actividades programadas en el marco del **PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020,** así mismo, libero al INSTITUTO y a la Gobernación de Casanare, de las responsabilidades que puedan ir más allá de la atención en primeros auxilios y notificación a la EPS que registré en mi inscripción.

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

REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD		HUELLA
FIRMA		
NOMBRES Y APELLIDOS:	Cristina Cortes	

(si al deportista lo representa legalmente una persona diferente a sus padres, se debe anexar la autorización para representar al menor).

Powered by CamScanner

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1



Formato Hoja de Vida

Deportistas.

Datos Básicos

Deporte: __Karate Do___

Identificación:1007766621 Tipo: CC _X_ TI__ CE__ De: _Yopal

Apellidos: __Alba Abril_ Nombre: _Stefany Michel_

Sexo: M __ F _X_ Estado Civil: Soltero(a) _X_ Casado(a) __ Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 2001/_22_/_05_ Depto: __Casanare_ M/pio: __Yopal____

Nacionalidad: ___Colombia_____ Estrato Social: 1 __ 2 _X_ 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: ___Yopal_____ Dirección: _____Cll31#14_____

Teléfonos: _____Celular: __3116504857__ E-mail: stefanymichelabril@gmail.com

Pasaporte: _AZ363273__ Fecha de vencimiento: 2032 /26/07

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria __ Secundaria _x_ Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: __Braulio Gonzalez___ Tiempo _____ Termino Si_x_ No__

Titulo Obtenido: ___ _____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S_X_ M__ L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S__ M__ L__ XL__ XXL__

Sudadera S__ M_X_ L__ XL__ XXL__ Zapatos _____

EPS: __**Medisalud**__ Fecha de Afiliación: ____/__/__

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__

Medicina Prepagada: Si__ No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

Visas: _____

Idiomas Español

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ____/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: __62__ Estatura: __1,65___

Liga: Karate Do Casanare Club: _____

Categoría: _Mayores__ División: _____ Modalidad: ___Karate_____

Pruebas: _____

_____

_____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2013_____

2014_____

2015_____

2016_____

2017_____

2018_____

2019__Sensei Johathan Plazaz _____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

_____

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR EL FORMATO

HOJA DE VIDA DEPORTISTAS

1. DATOS BÁSICOS.

Deporte: Nombre del deporte al que pertenece. **Identificación**: **No**. del documento de identidad. **Tipo**: marcar con una X según el tipo de identificación**. De**: **ciudad** de expedición del documento.

Escribir los **Apellidos y Nombres** completos. **Sexo**: M ⇒ Masculino F ⇒ Femenino. **Estado civil:** Marcar con una X. **Etnia:** Raza a la que pertenece. **Fecha de nacimiento**: En el orden: Año, Mes y Día. **Departamento** y **Municipio** de nacimiento. **Nacionalidad:** Escribir la nacionalidad colombiana o extranjera. **Estrato Social:** Marcar con una X en la casilla correspondiente. **Municipio de residencia,** junto con **Dirección** y **Teléfonos**, **Celular**, **Bipper** y **E-mail** (Dirección de correo electrónico. **No. de pasaporte** y la **Fecha de vencimiento** del pasaporte en el orden: Año, Mes y Día. Marcar con una X, la clase de cuenta, escribir el número, Banco y sucursal u oficina donde tiene su cuenta.

2. INFORMACIÓN ACADÉMICA

Nivel de Educación

Marcar con una X, de acuerdo al estudio terminado y aprobado**:**

Primaria ⇒ si su último nivel de estudio es éste.

Secundaria ⇒ si estudió los 6 años de secundaria.

Técnica ⇒ si estudió o estudia una carrera técnica.

Profesional ⇒ si obtuvo un título universitario.

Especializada ⇒ si después de terminada una educación profesional, realizó una especialización.

Establecimiento educativo: Nombre completo de la Institución del último nivel. **Tiempo**: tiempo en años o meses que duró su último estudio, si ya terminó o no; en el caso de ser terminado escribir el nombre completo del **Título obtenido**.

DATOS GENERALES

Diligenciar las **Tallas** de camiseta, pantaloneta, sudadera y/o tenis.

EPS: Nombre completo de la Entidad Promotora de Salud, a la cual se encuentra afiliado y la fecha de afiliación en el orden: Año, Mes y Día. **ARP**: Nombre completo de la Administradora de Riesgos Profesionales, a la cual se encuentra afiliado y la fecha de afiliación en el orden: Año, Mes y Día. **AFP**: Nombre completo de la Administradora de Fondo de Pensiones, a la cual se encuentra afiliado y la fecha de afiliación en el orden: Año, Mes y Día. **Medicina Prepagada**: Marcar con una X, si cuenta o no con este servicio, escribiendo la fecha de afiliación y el nombre de la Entidad a la cual se encuentra afiliado. **Visas**: enumerar las visas con las que cuente. **Idiomas**: Escribir los idiomas que domina, marcando con una X, en las casillas si lo habla, lee o escribe.

3. INFORMACIÓN LABORAL

Escribir el nombre completo de la empresa donde trabaja actualmente, la dirección, el teléfono, la **Fecha de ingreso** en el orden: Año, Mes y Día; lo mismo que especificar la labor o cargo que desempeña, diferente a la labor como deportista.

4. CONDECORACIONES

Fecha en el orden: Año, Mes y Día de la condecoración. **Descripción**: Nombre completo de la condecoración.

Hay espacio para las cinco (5) condecoraciones más importantes.

5. FICHA TÉCNICA

Escribir el **Peso** y **Estatura** actual. **Nombre de la Liga** y **Club** al que pertenece. **Categoría**, **División**, **Modalidad** y **Pruebas** en las que participa. En la lista de años: escribir al frente de cada año, el nombre completo del **Entrenador** que tuvo en el correspondiente año. En la lista de otros profesionales incluir a aquellos que han intervenido en su vida como deportista, médicos, psicólogos, nutricionista, etc., escribir los nombres completos.

6. PROGRAMAS DE APOYO DEPORTIVO (HISTORIAL)

El nombre completo del **Programa**, con el **Nivel** y **Categoría** alcanzada durante el periodo que ha permanecido en dicho programa.

7. HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS.

En este cuadro se debe consignar toda la información de los resultados importantes que ha obtenido a través de su carrera como deportista.

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Fecha: en el orden: Año, Mes, Día.
Nombre del evento.
Modalidad y/o prueba.
Posición ocupada.
Marca o tiempo.
No. de competidores con los que participó.
Nivel de la competencia y **Categoría**.

Favor diligenciar el formato de la manera más completa y veraz



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.007.766.621

ALBA ABRIL

APELLIDOS

STEFANY MICHEL

NOMBRES

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-MAY-2001

YOPAL
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

18-JUN-2019 YOPAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-4600100-01092641-F-1007766621-20190812 0067285545A 1 51324365

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1007766821
NOMBRES	STEFANY MICHEL
APELLIDOS	ALBA ABRIL
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	YOPAL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
DESAFILIADO	CAFESALUD E.P.S.	CONTRIBUTIVO	01/12/2015	30/07/2016	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: | 01/29/2023 08:52:56 | Estación de origen: | 2801:12:c600:2070::1

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1



Formato Hoja de Vida

Deportistas.

Datos Básicos

Deporte: KARATE DO

Identificación: 1.029.666.013 Tipo: CC __ TI X CE__ De: YOPAL

Apellidos:QUIROGA RODRIGUEZ Nombre: NICOLAS

Sexo: M X F __ Estado Civil: Soltero(a) X Casado(a) __ Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 12/02/2011 Depto: BOYACA M/pio: SOGAMOSO

Nacionalidad: COLOMBIANA Estrato Social: 1 __ 2 X 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: YOPAL Dirección: CALLE 29 N 3475

Teléfonos: _____ Celular: 314 454 7548 E-mail_____

Pasaporte: _NA_____ Fecha de vencimiento: ___/__/__

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria __ Secundaria X Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: GIMNASIO THOMAS JEFFERSON Tiempo 7° Termino Si__ No X

Titulo Obtenido: _____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S_X_ M__ L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S_X_ M__ L__ XL__ XXL__

Sudadera S_X_ M__ L__ XL__ XXL__ Zapatos _____

EPS: _____SANITAS_____ Fecha de Afiliación: __01__/12__/16__

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__

Medicina Prepagada: Si__ No__X Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad

_____

Visas: _____

Idiomas

_____INGLES_____ Habla _X Lee X Escribe X_

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: _____NA_____ Dirección: ___-
_____ Teléfono: _____ Fecha de Ingreso:
____/__/__
Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____NINGUNA_____
Fecha: ____/__/__ Descripción: _____
Fecha: ____/__/__ Descripción: _____
Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: _____45_____ Estatura: _1.44_____
Liga: ___CASANARE_____ Club: _____NI SNTE
NASHI_____
Categoría: -INFANTIL _____ División: ___-45_____ Modalidad:
_KUMITE
Pruebas: _KATA Y KUMITE_____
_____
_____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2013_____
2014_____
2015_____
2016_____
2017_____JONATHAN PLAZAS_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

2018_JONATHAN

PLAZAS_____

2019_____JONATHAN PLAZAS_____

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

_____

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____NA___Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. _ CAMPEONATO NACIONAL INTERLIGAS ZIPAQUIRA Fecha: MARZO 2022_____.

Modalidad y/o prueba.____KUMITE INFANTIL – 45 KG _____ Posición ocupada. _____5_____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____27_____

Nivel de la competencia y Categoría._____NACIONAL FEDERADO_____

Nombre del eventoCAMPEONATO DEPARTAMENTAL DE KARATE DO Fecha: NOVIEMBRE 2022

Modalidad y/o prueba.___KUMITE INDIVIDUAL_____ Posición ocupada. _ 1_____

Marca o tiempo._____ NA_____ No. de competidores con los que participó._____24_____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

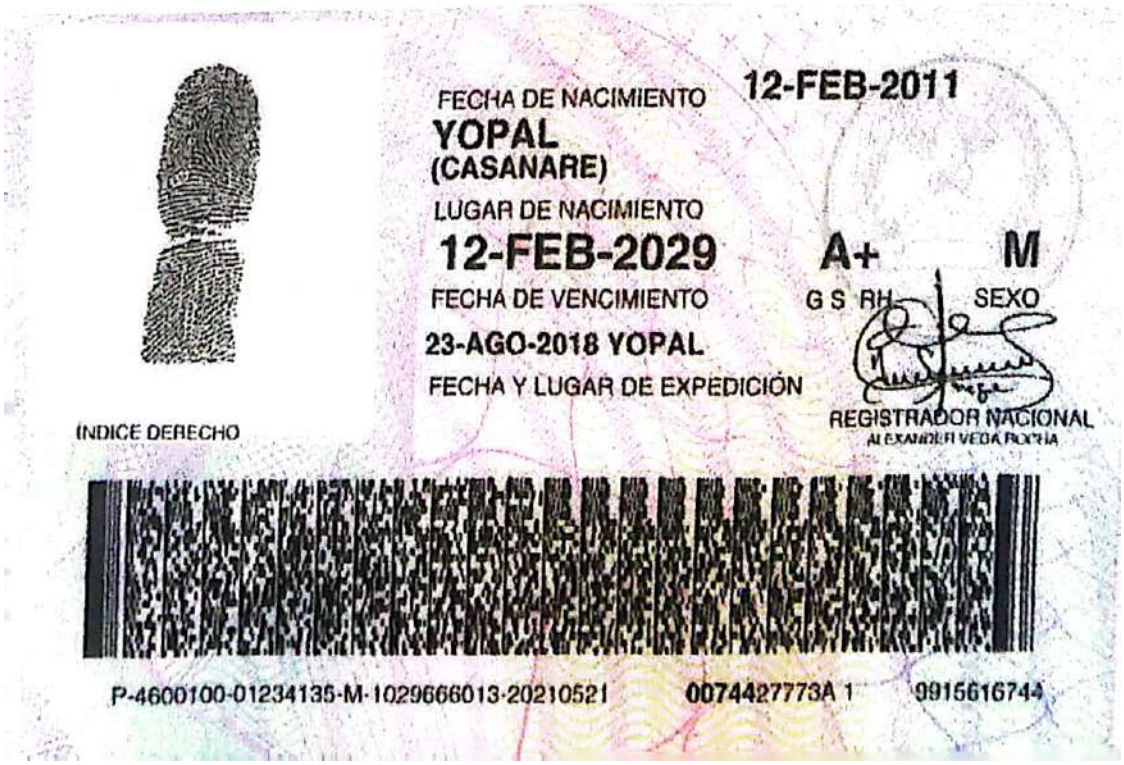
NÚMERO 1.029.666.013
QUIROGA RODRIGUEZ

APELLIDOS
NICOLAS

NOMBRES

Nicolás Quiroga

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 12-FEB-2011
YOPAL
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
12-FEB-2029 A+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO
23-AGO-2018 YOPAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-4600100-01234135-M-1029666013-20210521 0074427773A 1 9915616744

Powered by CamScanner

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1029666013
NOMBRES	NICOLAS
APELLIDOS	QUIROGA RODRIGUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	YOPAL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/12/2016	31/12/2999	BENEFICIARIO

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.001.345-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

MUNICIPIO: Yopal	**RESPONSABLE**	**NOMBRE:** Jonathan Plata	
FECHA: 01-11-22	**GRUPO:**	**CARGO:** Entrenador	

Yo: (padre/ Madre, Curador o Representante Legal)

Nombres:	Yormary			**Apellidos:**	Rodriguez		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**CC**	X	**CE**		**Otro, cual:**		
N° de Documento:	1094889892				**Expedido en:**	Villanueva	
Fecha de Nacimiento:	09 11 7				**N° Celular:**	3105467588	
Dirección de Residencia:	Conjunto Residencial				Casablanca		
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare				**Municipio Residencia:**	Yopal	
Tipo de Representante Legal (Marque con una X)	**Padre**		**Madre**	X	**Tutor**		**Curador**	**Ninguno**

Autorizo el tratamiento de datos personales, la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Para La Recreación, El Deporte, La Educación Extra Escolar Y El Aprovechamiento De Tiempo Libre En El Departamento De Casanare – INDERCAS y Gobernación de Casanare, con el fin de promover los derechos de imágenes durante las actividades de **PROYECTO APOYO, FOMENTO FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.**

Declaro en forma voluntaria que autorizo y doy consentimiento al deportista que se relaciona a continuación para participar en los programas que están a cargo del INDERCAS y Gobernación de Casanare.

Nombre Deportista:	Nicolas				**Apellidos Deportista:**	Rodriguez G	
Tipo de Documento (Marque con una X)	**T.I**	X	**RC**		**Registro Civil:**	**Otro, cuál?:**	
N° de Documento:	1029666015				**Expedido en:**	Yopal	
Fecha de Nacimiento:	17 Feb 2011				**N° Celular:**		
Dirección de Residencia:	Conjunto Residencial casablanca						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare				**Municipio Residencia:**	Yopal	
Actividad a desempeñar:	Deportista						

Powered by CamScanner

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.001.345-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

Es mi deber informar si el deportista presenta alguna patología, prescripción médica, alergias, tratamiento médico (medicamentos formulados), psicológico o psiquiátrico o cualquier recomendación que deba ser tenida en cuenta para su participación, la cual se describe a continuación:
SI ☐ NO ☑

En caso de emergencia, comunicarse a cualquiera de los siguientes contactos:

N°	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1	Yomara Rodriguez	Madre	3164947389
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación d
_____ en las actividades programadas en el marco d
PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓ Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUID SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020, así mismo, libero al INSTITUTO y a la Gobernac de Casanare, de las responsabilidades que puedan ir más allá de la atención en primeros auxilio notificación a la EPS que registré en mi inscripción.

A continuación, mediante mi firma y huella, doy garantía que he leído o me han leído en su totalida presente documento, comprendo perfectamente su contenido y estoy en acuerdo con la participación d

REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD		HUELLA
FIRMA		
NOMBRES Y APELLIDOS:	Yomara Rodriguez	

(si al deportista lo representa legalmente una persona diferente a sus padres, se debe anexar la autorización para repre menor).

Powered by CamScanner

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1



Formato Hoja de Vida

Deportistas.

Datos Básicos

Deporte: KARATE DO

Identificación: 1029659944 Tipo: CC __ TI X CE__ De: Yopal

Apellidos: Acevedo Cuesta Nombre: Samuel Santiago

Sexo: M X F __ Estado Civil: Soltero(a) X Casado(a) __ Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 01/07/2012 Depto: Casanare M/pio: Yopal

Nacionalidad: Colombiana Estrato Social: 1 X 2 __ 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: Yopal Dirección: Ciudadela san marcos Torre 40 APT 302

Teléfonos: 3212866622/3228263393 Celular: 3212866622 E-mail kfcuesta Gmail.com

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria X Secundaria __ Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: Instituto Tecnico Empresarial El Yopal Tiempo 5 Termino SiX No

Titulo Obtenido: Quinto

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa SX M__ L__ XL__ XXL__ Pantaloneta SX M__ L__ XL__ XXL__

Sudadera SX M__ L__ XL__ XXL__ Zapatos 35

EPS: Capresoca Fecha de Afiliación: 01/07/2012

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__

Medicina Prepagada: SiX No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

Visas: _____

Idiomas

Español Habla X Lee X Escribe X

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Ingles Habla X Lee X Escribe X

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ____/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: /__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: 29 kg Estatura: 1.45cm

Liga: Liga Karate-Do Casanare Club: _____

Categoría: Infantil División: _____ Modalidad: Kata y Kumite

Pruebas: kata individual y kumite

_____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2013_____

2014_____

2015_____

2016_____

2017_____

2018_____

2019 Jonathan Plazas

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. 2do Campeonato Nacional de karate do Fecha: Noviembre 2021.

Modalidad y/o prueba. Kata Posición ocupada. 3er Lugar

Marca o tiempo. No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. Kumite, categoría infantil

Nombre del evento. Campeonato de Karate Do 2022 Fecha: 6 de agosto de 2022

Modalidad y/o prueba. Kumite Posición ocupada. 2do lugar

Marca o tiempo No. de competidores con los que participó. 3

Nivel de la competencia y Categoría. Kata y Kumite

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba. _____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Nivel de la competencia y Categoría._____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR EL FORMATO

HOJA DE VIDA DEPORTISTAS

1. DATOS BÁSICOS.

Deporte: Nombre del deporte al que pertenece. **Identificación**: **No**. del documento de identidad. **Tipo**: marcar con una X según el tipo de identificación**. De**: **ciudad** de expedición del documento.

Escribir los **Apellidos y Nombres** completos. **Sexo**: M ⇒ Masculino F ⇒ Femenino. **Estado civil:** Marcar con una X. **Etnia:** Raza a la que pertenece. **Fecha de nacimiento**: En el orden: Año, Mes y Día. **Departamento** y **Municipio** de nacimiento. **Nacionalidad:** Escribir la nacionalidad colombiana o extranjera. **Estrato Social:** Marcar con una X en la casilla correspondiente. **Municipio de residencia,** junto con **Dirección** y **Teléfonos**, **Celular**, **Bipper** y **E-mail** (Dirección de correo electrónico. **No. de pasaporte** y la **Fecha de vencimiento** del pasaporte en el orden: Año, Mes y Día. Marcar con una X, la clase de cuenta, escribir el número, Banco y sucursal u oficina donde tiene su cuenta.

2. INFORMACIÓN ACADÉMICA

Nivel de Educación

Marcar con una X, de acuerdo al estudio terminado y aprobado**:**

Primaria ⇒ si su último nivel de estudio es éste.

Secundaria ⇒ si estudió los 6 años de secundaria.

Técnica ⇒ si estudió o estudia una carrera técnica.

Profesional ⇒ si obtuvo un título universitario.

Especializada ⇒ si después de terminada una educación profesional, realizó una especialización.

Establecimiento educativo: Nombre completo de la Institución del último nivel. **Tiempo**: tiempo en años o meses que duró su último estudio, si ya terminó o no; en el caso de ser terminado escribir el nombre completo del **Título obtenido**.

DATOS GENERALES

Diligenciar las **Tallas** de camiseta, pantaloneta, sudadera y/o tenis.

EPS: Nombre completo de la Entidad Promotora de Salud, a la cual se encuentra afiliado y la fecha de afiliación en el orden: Año, Mes y Día. **ARP**: Nombre completo de la Administradora de Riesgos Profesionales, a la cual se encuentra afiliado y la fecha de afiliación en el orden: Año, Mes y Día. **AFP**: Nombre completo de la Administradora de Fondo de Pensiones, a la cual se encuentra afiliado y la fecha de afiliación en el orden: Año, Mes y Día. **Medicina Prepagada**: Marcar con una X, si cuenta o no con este servicio, escribiendo la fecha de afiliación y el nombre de la Entidad a la cual se encuentra afiliado. **Visas**: enumerar las visas con las que cuente. **Idiomas**: Escribir los idiomas que domina, marcando con una X, en las casillas si lo habla, lee o escribe.

3. INFORMACIÓN LABORAL

Escribir el nombre completo de la empresa donde trabaja actualmente, la dirección, el teléfono, la **Fecha de ingreso** en el orden: Año, Mes y Día; lo mismo que especificar la labor o cargo que desempeña, diferente a la labor como deportista.

4. CONDECORACIONES

Fecha en el orden: Año, Mes y Día de la condecoración. **Descripción**: Nombre completo de la condecoración.

Hay espacio para las cinco (5) condecoraciones más importantes.

5. FICHA TÉCNICA

Escribir el **Peso** y **Estatura** actual. **Nombre de la Liga** y **Club** al que pertenece. **Categoría**, **División**, **Modalidad** y **Pruebas** en las que participa. En la lista de años: escribir al frente de cada año, el nombre completo del **Entrenador** que tuvo en el correspondiente año. En la lista de otros profesionales incluir a aquellos que han intervenido en su vida como deportista, médicos, psicólogos, nutricionista, etc., escribir los nombres completos.

6. PROGRAMAS DE APOYO DEPORTIVO (HISTORIAL)

El nombre completo del **Programa**, con el **Nivel** y **Categoría** alcanzada durante el periodo que ha permanecido en dicho programa.

7. HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS.

En este cuadro se debe consignar toda la información de los resultados importantes que ha obtenido a través de su carrera como deportista.

Fecha: en el orden: Año, Mes, Día.

Nombre del evento.

Modalidad y/o prueba.

Posición ocupada.

Marca o tiempo.

Favor diligenciar el formato de la manera más completa y veraz

No. de competidores con los que participó.
Nivel de la competencia y **Categoría**.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.029.659.944**

ACEVEDO CUESTA

APELLIDOS

SAMUEL SANTIAGO

NOMBRES

SAMUEL

FIRMA



Powered by CamScanner



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
01-JUL-2012

YOPAL
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO

01-JUL-2030
FECHA DE VENCIMIENTO

O+
G S RH

M
SEXO

17-JUL-2019 YOPAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-4600100-01101917-M-1029659944-20191009 0068137405A 1 1795569597

Powered by CamScanner

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1029659944
NOMBRES	SAMUEL SANTIAGO
APELLIDOS	ACEVEDO CUESTA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	YOPAL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPRESOCA E.P.S.	SUBSIDIADO	01/07/2012	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

MUNICIPIO: Yopal	**RESPONSABLE GRUPO:**	**NOMBRE:** Jonathan Plazas	
FECHA: 17-11-2022		**CARGO:** Entrenador.	

Yo: (padre/ Madre, Curador o Representante Legal)

Nombres:	Kelly Favida			**Apellidos:**	Cuesta Palacios		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**CC**	X	**CE**		**Otro, cual:**		
N° de Documento:	39949443			**Expedido en:**	Villanueva		
Fecha de Nacimiento:	24 SEP 1973			**N° Celular:**	3212886622		
Dirección de Residencia:	Torres de San Marcos.						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Yopal		
Tipo de Representante Legal (Marque con una X)	**Padre**		**Madre**	X	**Tutor**		**Curador**	**Ninguno**

Autorizo el tratamiento de datos personales, la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Para La Recreación, El Deporte, La Educación Extra Escolar Y El Aprovechamiento Del Tiempo Libre En El Departamento De Casanare – INDERCAS y Gobernación de Casanare, con el fin de promover los derechos de imágenes durante las actividades de **PROYECTO APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.**

Declaro en forma voluntaria que autorizo y doy consentimiento al deportista que se relaciona a continuación para participar en los programas que están a cargo del INDERCAS y Gobernación de Casanare.

Nombre Deportista:	Samuel Santiago			**Apellidos Deportista:**	Acevedo Cuesta		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**T.I**	X	**RC**		**Registro Civil:**	**Otro, cuál?:**	
N° de Documento:	1029659944			**Expedido en:**	Yopal		
Fecha de Nacimiento:	01-JUL-2012			**N° Celular:**	3212866622		
Dirección de Residencia:	Torres de San Marcos.						
Correo electrónico:							
Departamento Residencia:	Casanare			**Municipio Residencia:**	Yopal		
Actividad a desempeñar:	Deportista						

Powered by CamScanner

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

Es mi deber informar si el deportista presenta alguna patología, prescripción médica, alergias, tratamiento médico (medicamentos formulados), psicológico o psiquiátrico o cualquier recomendación que deba ser tenida en cuenta para su participación, la cual se describe a continuación:
SI ☐ NO ☒

En caso de emergencia, comunicarse a cualquiera de los siguientes contactos:

N°	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1	Farida Cuesta Palacios	Madre	3212866627
2			

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de Jemud Acevedo Cuesta en las actividades programadas en el marco del **PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020,** así mismo, libero al INSTITUTO y a la Gobernación de Casanare, de las responsabilidades que puedan ir más allá de la atención en primeros auxilios y notificación a la EPS que registré en mi inscripción.

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

REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD		HUELLA
FIRMA		
NOMBRES Y APELLIDOS:	Farida Cuesta Palacios	

(si al deportista lo representa legalmente una persona diferente a sus padres, se debe anexar la autorización para representar al menor).

Powered by CamScanner



Formato Hoja de Vida

Deportistas.

Datos Básicos

Deporte: KARATE-DO

Identificación: 1.069.750.281 Tipo: CC X TI__ CE__ De: Fusagasugá - Cundinamarca

Apellidos: Clavijo Angarita Nombre: Jorge Armando

Sexo: M X F __ Estado Civil: Soltero(a) __ Casado(a) X Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 05/02/1995 Depto: Meta M/pio: Villavicencio

Nacionalidad: Colombiano Estrato Social: 1 __ 2 x 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: Monterrey – Casanare Dirección: Centro Poblado El Porvenir

Teléfonos: 3203405368 Celular: 3203405368 E-mail: jorgeclavijokarate@gmail.com

Pasaporte: 1069750281 Fecha de vencimiento: 18/05/2027

Cuenta: Ahorro X C/te __ No: 353120900 De: Banco de Bogotá Sucursal: Monterrey-Casanare

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria __ Secundaria x Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: Colegio Militar Academia Pantano de Vargas Tiempo: 6 años

Termino: Si x No__

Titulo Obtenido: BACHILLER MILITAR

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S__ M x L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S__ M x L__ XL__ XXL__

Sudadera S__ M__ L x XL__ XXL__ Zapatos: 40

EPS: Nueva E.P.S Fecha de Afiliación: ____/__/__

ARP: Porvenir Fecha de Afiliación: ____/__/__

AFP: Porvenir Fecha de Afiliación: ____/__/__

Medicina Prepagada: Si x No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

Visas: _____

Idiomas

_____Habla __ Lee __ Escribe __

_____Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: Alcaldía Monterrey Casanare Dirección: carrera 6 No. 15-72 Teléfono: 057(8) 6249890

Fecha de Ingreso: 26/05/2021

Labor que desempeña: Monitor Deportivo escuela de Formación Karate-do

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: 2013/12/01 Descripción: Medalla Espíritu Deportivo (Colegio Militar Academia Pantano de Vargas).

Ficha Técnica

Peso: 66.5kg Estatura: 1.75cm

Liga: Liga de Karate-do de Casanare Club: Tora No Maki Karate-do Monterrey Casanare

Categoría: -67kg División: Senior Modalidad: KUMITE

Pruebas: Kumite Mayores -67Kg

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2013 S.h.Edgar Vargas Ojeda

2014 S.h.Edgar Vargas Ojeda

2015 S.s. Miguel Ciendua

2016 S.s.Miguel Ciendua

2017 S.s. Alexander Vega Toro

2018 S.s. Alexander Vega Toro

2019 S.s. Alexander Vega Toro

2020 S.s. Jhonatan Plazas

2021 S.s. Jhonatan Plazas

2022 S.s. Jhonatan Plazas

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

_____

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. Torneo Zonal (Ciudad La Luna) Fecha: 2010

Modalidad y/o prueba: Kata individual y Kumite -67kg Posición ocupada: Bronce y bronce

No. de competidores con los que participó: _____

Nivel de la competencia y Categoría.: Kata individual Principiantes y kumite cadetes

Nombre del evento: Torneo Open Nacional Madrid Fecha: 2012.

Modalidad y/o prueba: Kata individual Intermedios Posición ocupada: Bronce

Marca o tiempo: _____ No. de competidores con los que participó: _____

Nivel de la competencia y Categoría: Kata Individual Cadetes

Nombre del evento. Torneo Zonal (Ciudad La Luna) Fecha: 2012

Modalidad y/o prueba: Kata individual y Kumite -67kg Posición ocupada: Bronce y bronce

No. de competidores con los que participó: _____

Nivel de la competencia y Categoría.: Kata individual Principiantes y kumite cadetes

Nombre del evento: Torneo Zonal ciudad de Cota Fecha: 2012

Modalidad y/o prueba: Kata Individual Cadetes, Kata Equipo Y Kumite Individual -67kg, Categoría Open. Posición ocupada. Oro, Oro, Bronce y 6° puesto.

Marca o tiempo: _____ No. de competidores con los que participó: _____

Nivel de la competencia y Categoría: Kata Individual Intermedios, kata equipo intermedios, Kumite -67kg Junior y kumite Open.

Nombre del evento: Torneo Zonal ciudad de Cota Fecha: 2013

Modalidad y/o prueba: Kata Individual Mayores, Kata Equipo Y Kumite Individual -67kg. Posición ocupada. Bronce, Plata, Plata.
Marca o tiempo: _____ No. de competidores con los que participó: _____

Nivel de la competencia y Categoría: Kata Individual Avanzados, kata equipo intermedios, Kumite -67kg mayores.

Nombre del evento: I Festival de karate do Universidad de Cundinamarca (UDEC) Fecha: 2013

Modalidad y/o prueba: Kumite Mayores. Posición ocupada. bronce
Marca o tiempo: _____ No. de competidores con los que participó: _____

Nivel de la competencia y Categoría: Kumite -67kg Senior

Nombre del evento: Torneo Open Nacional Madrid Fecha: 2014.

Modalidad y/o prueba: Kata individual, kata equipo y kumite Posición ocupada: Bronce, Bronce, Bronce

Marca o tiempo: _____ No. de competidores con los que participó: _____

Nivel de la competencia y Categoría: Kata Avanzado, Kata equipo Avanzados, Kumite Senior -67kg

Nombre del evento: Torneo Distrital de Bogotá Fecha: 2014.

Modalidad y/o prueba: Kata individual, kumite Posición ocupada: Oro, Plata
Marca o tiempo: _____ No. de competidores con los que participó: _____

Nivel de la competencia y Categoría: Kata Avanzado y Kumite Senior -67kg

Nombre del evento: III Torneo Nacional interligas e inter clubes y II clasificatorio a Juegos Nacionales 2015 Fecha: 2014.

Modalidad y/o prueba: kumite Posición ocupada: sexto

Marca o tiempo: _____ No. de competidores con los que participó: _____

Nivel de la competencia y Categoría: Kumite Senior -67kg

Nombre del evento: Torneo Open Nacional Madrid Fecha: 2015.

Modalidad y/o prueba: Kata individual, kata equipo y kumite Posición ocupada: Plata, Bronce, Bronce

Marca o tiempo: _____ No. de competidores con los que participó: _____

Nivel de la competencia y Categoría: Kata Avanzado, Kata equipo Avanzados, Kumite Senior -67kg

Nombre del evento: I Torneo Nacional interligas e inter clubes Fecha: 2018.

Modalidad y/o prueba: kumite Posición ocupada: décimo quinto
Marca o tiempo: _____ No. de competidores con los que participó: _____

Nivel de la competencia y Categoría: Kumite Senior -72kg

Nombre del evento: Torneo Open Nacional Cota Fecha: 2018.

Modalidad y/o prueba: Kata individual y kumite Posición ocupada: bronce, Quinto

Marca o tiempo: _____ No. de competidores con los que participó: _____

Nivel de la competencia y Categoría: Kata Avanzado, Kumite Senior -72kg

Nombre del evento: II Torneo Nacional interligas e inter clubes y I clasificatorio a Juegos Nacionales 2019 Fecha: 2018.

Modalidad y/o prueba: kumite Posición ocupada: vigésimo primero

Marca o tiempo: _____ No. de competidores con los que participó: _____

Nivel de la competencia y Categoría: Kumite Senior -72kg

Nombre del evento: Torneo Open Nacional Madrid Fecha: 2019.

Modalidad y/o prueba: Kata individual, kumite Posición ocupada: Bronce, Bronce

Marca o tiempo: _____ No. de competidores con los que participó: _____

Nivel de la competencia y Categoría: Kata Avanzado, Kumite Senior -72kg

Nombre del evento: II Torneo Nacional interligas e inter clubes y III clasificatorio a Juegos Nacionales 2019 Fecha: 2019.

Modalidad y/o prueba: kata Equipo Posición ocupada: Noveno

Marca o tiempo: _____ No. de competidores con los que participó: _____

Nivel de la competencia y Categoría: Kata Equipos Avanzados

Nombre del evento: Torneo Departamental Yopal Fecha: 2021.

Modalidad y/o prueba: Kata individual, kumite Posición ocupada: Oro, Plata

Marca o tiempo: _____ No. de competidores con los que participó: _____

Nivel de la competencia y Categoría: Kata Avanzado, Kumite Senior

Nombre del evento: III Torneo Nacional interligas e inter clubes. Fecha: 2021.

Modalidad y/o prueba: Kumite Posición ocupada: Vigésimo Noveno

Marca o tiempo: _____ No. de competidores con los que participó: _____

Nivel de la competencia y Categoría: Kumite -72kg

Nombre del evento: II Torneo Nacional interligas e inter clubes y I clasificatorio a Juegos Nacionales 2023 Fecha: 2022.

Modalidad y/o prueba: Kumite Posición ocupada: Vigésimo séptimo

Marca o tiempo: _____ No. de competidores con los que participó: _____

Nivel de la competencia y Categoría: kumite Senior -67kg

INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR EL FORMATO

HOJA DE VIDA DEPORTISTAS

1. DATOS BÁSICOS.

Deporte: Nombre del deporte al que pertenece. **Identificación**: **No**. del documento de identidad. **Tipo**: marcar con una X según el tipo de identificación**. De**: **ciudad** de expedición del documento.

Escribir los **Apellidos y Nombres** completos. **Sexo**: M ⇒ Masculino F ⇒ Femenino. **Estado civil:** Marcar con una X. **Etnia:** Raza a la que pertenece. **Fecha de nacimiento**: En el orden: Año, Mes y Día. **Departamento** y **Municipio** de nacimiento. **Nacionalidad:** Escribir la nacionalidad colombiana o extranjera. **Estrato Social:** Marcar con una X en la casilla correspondiente. **Municipio de residencia,** junto con **Dirección** y **Teléfonos**, **Celular**, **Bipper** y **E-mail** (Dirección de correo electrónico. **No. de pasaporte** y la **Fecha de vencimiento** del pasaporte en el orden: Año, Mes y Día. Marcar con una X, la clase de cuenta, escribir el número, Banco y sucursal u oficina donde tiene su cuenta.

2. INFORMACIÓN ACADÉMICA

Nivel de Educación

Marcar con una X, de acuerdo al estudio terminado y aprobado**:**

Primaria ⇒ si su último nivel de estudio es éste.

Secundaria ⇒ si estudió los 6 años de secundaria.

Técnica ⇒ si estudió o estudia una carrera técnica.

Profesional ⇒ si obtuvo un título universitario.

Especializada ⇒ si después de terminada una educación profesional, realizó una especialización.

Establecimiento educativo: Nombre completo de la Institución del último nivel. **Tiempo**: tiempo en años o meses que duró su último estudio, si ya terminó o no; en el caso de ser terminado escribir el nombre completo del **Título obtenido**.

DATOS GENERALES

Diligenciar las **Tallas** de camiseta, pantaloneta, sudadera y/o tenis.

EPS: Nombre completo de la Entidad Promotora de Salud, a la cual se encuentra afiliado y la fecha de afiliación en el orden: Año, Mes y Día. **ARP**: Nombre completo de la Administradora de Riesgos Profesionales, a la cual se encuentra afiliado y la fecha de afiliación en el orden: Año, Mes y Día. **AFP**: Nombre completo de la Administradora de Fondo de Pensiones, a la cual se encuentra afiliado y la fecha de afiliación en el orden: Año, Mes y Día. **Medicina Prepagada**: Marcar con una X, si cuenta o no con este servicio, escribiendo la fecha de afiliación y el nombre de la Entidad a la cual se encuentra afiliado. **Visas**: enumerar las visas con las que cuente. **Idiomas**: Escribir los idiomas que domina, marcando con una X, en las casillas si lo habla, lee o escribe.

3. INFORMACIÓN LABORAL

Escribir el nombre completo de la empresa donde trabaja actualmente, la dirección, el teléfono, la **Fecha de ingreso** en el orden: Año, Mes y Día; lo mismo que especificar la labor o cargo que desempeña, diferente a la labor como deportista.

4. CONDECORACIONES

Fecha en el orden: Año, Mes y Día de la condecoración. **Descripción**: Nombre completo de la condecoración.

Hay espacio para las cinco (5) condecoraciones más importantes.

5. FICHA TÉCNICA

Escribir el **Peso** y **Estatura** actual. **Nombre de la Liga** y **Club** al que pertenece. **Categoría**, **División**, **Modalidad** y **Pruebas** en las que participa. En la lista de años: escribir al frente de cada año, el nombre completo del **Entrenador** que tuvo en el correspondiente año. En la lista de otros profesionales incluir a aquellos que han intervenido en su vida como deportista, médicos, psicólogos, nutricionista, etc., escribir los nombres completos.

6. PROGRAMAS DE APOYO DEPORTIVO (HISTORIAL)

El nombre completo del **Programa**, con el **Nivel** y **Categoría** alcanzada durante el periodo que ha permanecido en dicho programa.

7. HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS.

En este cuadro se debe consignar toda la información de los resultados importantes que ha obtenido a través de su carrera como deportista.

Fecha: en el orden: Año, Mes, Día.

Nombre del evento.

Modalidad y/o prueba.

Posición ocupada.

Marca o tiempo.

Favor diligenciar el formato de la manera más completa y veraz

No. de competidores con los que participó.
Nivel de la competencia y **Categoría**.


COLOMBIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.069.750.281

CLAVIJO ANGARITA

APELLIDOS

JORGE ARMANDO

NOMBRES

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 05-FEB-1995

VILLAVICENCIO
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 O+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

06-FEB-2013 FUSAGASUGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-5205000-01083382-M-1069750281-20190711 0066289988A 2 51812065

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

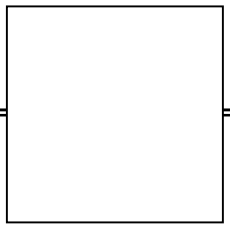
Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1069750281
NOMBRES	JORGE ARMANDO
APELLIDOS	CLAVIJO ANGARITA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	MONTERREY

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/04/2021	31/12/2999	COTIZANTE



Formato Hoja de Vida

Deportistas.

Datos Básicos

Deporte: ___Karate _____

Identificación: 103819391 Tipo: CC __ TI_x_ CE__ De: Bogotá

Apellidos: Pérez Murcia Nombre: Samuel

Sexo: M X F __ Estado Civil: Soltero(a) __ Casado(a) __ Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 2009/0911 Depto: _____Bogotá_____ M/pio: Bogotá

Nacionalidad: ___Colombiano Estrato Social: 1 __ 2 __ 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: _____ Dirección: _____

Teléfonos: _____ Celular: ___3142901014_____

_ E-mail_____adcamu1@hotmail.com_____

Pasaporte: AY640686 Fecha de vencimiento: _2031/03/30

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: _____ De: _____ Sucursal: _____

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria _X_ Secundaria __ Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: __Gimnasio Integral Genios del Zipa Tiempo _____5 años_____

Termino Si _X_ No__

Titulo Obtenido: Primaria

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S__M__X_ L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S__ M_X_ L__ XL__ XXL__

Sudadera S__M__X_ L__ XL__ XXL__ Zapatos _____

EPS: ___Compensar___Fecha de Afiliación: __2016_/03/11

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__

Medicina Prepagada: Si__ No_ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

Visas: _____

Idiomas

___Ingles_____ Habla _X Lee X Escribe X_

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ____/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: _____48.7_____ Estatura: _____163_____

Liga: _____ Club: _____

Categoría: _Infantil 12-13 años División: _____ Modalidad:

Pruebas: _____

_____

_____

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2013

2014

2015

2016 NELSON ARIZA

2017 NELSON ARIZA

2018 NELSON ARIZA

2019 NELSON ARIZA / JEFESON SUAREZ

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

_____

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. ___Campeonato Nacional Pre juegos Nacionales Cali Fecha: octubre 2022

Modalidad y/o prueba. __ Kata Posición ocupada. 2-Sub Campeón Nacional

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó: Once 11

Nivel de la competencia y Categoría. Avanzados Infantil 12-13 años Masculino

Nombre del evento. Campeonato Nacional Pre juegos Nacionales Villavicencio Fecha: junio 2022

Modalidad y/o prueba. _ Kata Posición ocupada: 3-Bronce Nacional

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó Trece 13

Nivel de la competencia y Categoría: Avanzados Infantil 12-13 años Masculino

Nombre del evento Campeonato Sur Americano de karate Guayaquil Fecha: abril 2022.

Modalidad y/o prueba.: Kumite Posición ocupada 10

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó: Trece 13

Nivel de la competencia y Categoría. _ Infantil menos 50kg 12-13 años

Nombre del evento. Campeonato Nacional Nacionales Zipaquirá Fecha: marzo 2022

Modalidad y/o prueba. __Kumite Posición ocupada. 2-Sub Campeón Nacional

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó Once 12

Nivel de la competencia y Categoría: Menos 50 kg

Nombre del evento: Torneo Clasificatorio de karate Liga Casanare Fecha: agosto 2022

Modalidad y/o prueba Kata y kumite Posición ocupada. 1-Campeón Departamental en ambas categorías

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. _____

Nivel de la competencia y Categoría. Kata Avanzados- Kumite menos de 50 kg
_____

Nombre del evento. Campeonato Invitacional San Gil Santander Fecha: Julio 2022

Modalidad y/o prueba Kata Posición ocupada. 1 campeón
Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó Diez 10

Nivel de la competencia y Categoría. __ Avanzados Infantil 12-13 años Masculino

Nombre del evento. Campeonato Nacional Interligas e Inter Clubes Cali Fecha: mayo 2019

Modalidad y/o prueba: Kata Posición ocupada. 1- Campeón Nacional

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó: Once 11

Nivel de la competencia y Categoría. __ Intermedios Pre- Infantil 8-9 años Masculino

Nombre del evento. Campeonato Nacional Interligas e Inter Clubes Cali Fecha: mayo 2019

Modalidad y/o prueba. Kumite Posición ocupada. 3-Bronce Nacional
Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó: Once 11_

Nivel de la competencia y Categoría: Pre-Infantil 8-9 años

Nombre del evento.: Campeonato Copa Ciudad de Tunja Ranking Departamental Fecha: mayo 2019

Modalidad y/o prueba. _ Kata y Kumite Posición ocupada. 1- Campeón en ambas categorías

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. Diez 10

Nivel de la competencia y Categoría. Pre infantil 8-9 años

Nombre del evento.: Copa Ciudad Madrid Open y festival internacional Karate Do Ranking Departamental Fecha: febrero 2019

Modalidad y/o prueba. Kata y Kumite Posición ocupada. 1-Campeón Departamental en ambas categorías

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. Once 11

Nivel de la competencia y Categoría. ____ Pre infantil 8-9 años

Nombre del evento. Campeonato Nacional Copa SKIFC Fecha: octubre 2018

Modalidad y/o prueba Kata Posición ocupada 1 Campeón Nacional SKIFC
Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó. Veinte 20

Nivel de la competencia y Categoría: Pre Infantil 8-9 años


INDERCAS

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento Campeonato Nacional Copa SKIFC Fecha: octubre 2018.

Modalidad y/o prueba.: Kumite Posición ocupada 3- Bronce Nacional SKIFC

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que participó: Doce 12

Nivel de la competencia y Categoría. _ Pre Infantil 8-9 años

INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR EL FORMATO

HOJA DE VIDA DEPORTISTAS

1. DATOS BÁSICOS.

Deporte: Nombre del deporte al que pertenece. **Identificación**: **No**. del documento de identidad. **Tipo**: marcar con una X según el tipo de identificación**. De**: **ciudad** de expedición del documento.
Escribir los **Apellidos y Nombres** completos. **Sexo**: M ⇒ Masculino F ⇒ Femenino. **Estado civil:** Marcar con una X. **Etnia:** Raza a la que pertenece. **Fecha de nacimiento**: En el orden: Año, Mes y Día. **Departamento** y **Municipio** de nacimiento. **Nacionalidad:** Escribir la nacionalidad colombiana o extranjera. **Estrato Social:** Marcar con una X en la casilla correspondiente. **Municipio de residencia,** junto con **Dirección** y **Teléfonos**, **Celular**, **Bipper** y **E-mail** (Dirección de correo electrónico. **No. de pasaporte** y la **Fecha de vencimiento** del pasaporte en el orden: Año, Mes y Día. Marcar con una X, la clase de cuenta, escribir el número, Banco y sucursal u oficina donde tiene su cuenta.

2. INFORMACIÓN ACADÉMICA

Nivel de Educación
Marcar con una X, de acuerdo al estudio terminado y aprobado**:**
Primaria ⇒ si su último nivel de estudio es éste.
Secundaria ⇒ si estudió los 6 años de secundaria.
Técnica ⇒ si estudió o estudia una carrera técnica.
Profesional ⇒ si obtuvo un título universitario.
Especializada ⇒ si después de terminada una educación profesional, realizó una especialización.
Establecimiento educativo: Nombre completo de la Institución del último nivel. **Tiempo**: tiempo en años o meses que duró su último estudio, si ya terminó o no; en el caso de ser terminado escribir el nombre completo del **Título obtenido**.
DATOS GENERALES
Diligenciar las **Tallas** de camiseta, pantaloneta, sudadera y/o tenis.
EPS: Nombre completo de la Entidad Promotora de Salud, a la cual se encuentra afiliado y la fecha de afiliación en el orden: Año, Mes y Día. **ARP**: Nombre completo de la Administradora de Riesgos Profesionales, a la cual se encuentra afiliado y la fecha de afiliación en el orden: Año, Mes y Día. **AFP**: Nombre completo de la Administradora de Fondo de Pensiones, a la cual se encuentra afiliado y la fecha de afiliación en el orden: Año, Mes y Día. **Medicina Prepagada**: Marcar con una X, si cuenta o no con este servicio, escribiendo la fecha de afiliación y el nombre de la Entidad a la cual se encuentra afiliado. **Visas**: enumerar las visas con las que cuente. **Idiomas**: Escribir los idiomas que domina, marcando con una X, en las casillas si lo habla, lee o escribe.

3. INFORMACIÓN LABORAL

Escribir el nombre completo de la empresa donde trabaja actualmente, la dirección, el teléfono, la **Fecha de ingreso** en el orden: Año, Mes

y Día; lo mismo que especificar la labor o cargo que desempeña, diferente a la labor como deportista.

4. CONDECORACIONES

Fecha en el orden: Año, Mes y Día de la condecoración. **Descripción**: Nombre completo de la condecoración.
Hay espacio para las cinco (5) condecoraciones más importantes.

5. FICHA TÉCNICA

Escribir el **Peso** y **Estatura** actual. **Nombre de la Liga** y **Club** al que pertenece. **Categoría**, **División**, **Modalidad** y **Pruebas** en las que participa. En la lista de años: escribir al frente de cada año, el nombre completo del **Entrenador** que tuvo en el correspondiente año. En la lista de otros profesionales incluir a aquellos que han intervenido en su vida como deportista, médicos, psicólogos, nutricionista, etc., escribir los nombres completos.

6. PROGRAMAS DE APOYO DEPORTIVO (HISTORIAL)

El nombre completo del **Programa**, con el **Nivel** y **Categoría** alcanzada durante el periodo que ha permanecido en dicho programa.

7. HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS.

En este cuadro se debe consignar toda la información de los resultados importantes que ha obtenido a través de su carrera como deportista.
Fecha: en el orden: Año, Mes, Día.
Nombre del evento.
Modalidad y/o prueba.
Posición ocupada.
Marca o tiempo.
No. de competidores con los que participó.
Nivel de la competencia y **Categoría**.

Favor diligenciar el formato de la manera más completa y veraz



INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Formato Hoja de Vida

Deportistas.

Datos Básicos

Deporte: KARETE-DO

Identificación: 1006460825 Tipo: CC: X TI__ CE__

De: Sabanalarga

Apellidos: Roa Salas Nombre: Marlon Arnovil

Sexo: M X F __ Estado Civil: Soltero(a): X Casado(a) __ Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 28/10/2003 Depto: Casanare M/pio: Yopal

Nacionalidad: Colombiano Estrato Social: 1 __ 2 X 3__ 4__ 5__

Municipio de Residencia: Sabanalarga Dirección: El Secreto

Teléfonos: _____ Celular: 3175920800

E-mail: roamarlon28@gmail.com

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__

Cuenta: Ahorro X C/te __ No: 3175920800 De: Nequi Sucursal: Bancolombia

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria __ Secundaria X Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: Jorge Eliecer Gaitán Tiempo _____ Termino Si__ No X

Titulo Obtenido:

_____

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S__ M X L__ XL__ XXL__ Pantaloneta S__ M X L__ XL__ XXL__

Sudadera S__ M X L__ XL__ XXL__ Zapatos: 42

EPS: Capresoca Fecha de Afiliación: ____/__/__

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__

Medicina Prepagada: Si__ No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad

_____

Visas:

_____

Powered by CamScanner

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
NIT. 844.003.345-1

Idiomas

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

_____ Habla __ Lee __ Escribe __

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: ___-

_____ Teléfono: _____ Fecha de Ingreso:

___/__/__

Labor que desempeña:

_____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: ___/__/__ Descripción:

_____

Fecha: ___/__/__ Descripción:

_____

Fecha: ___/__/__ Descripción:

_____

Fecha: ___/__/__ Descripción:

_____

Ficha Técnica

Peso: 70kg Estatura: 1,74

Liga: Casanare

Club: Kodokai

Categoría: SUB 21 División: _____ Modalidad: Kumite (Combate)

Pruebas:

_____

_____

___

_____

___

Powered by CamScanner

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2014 Sensei Juan Carlos Suarez Obando Entrenador Municipal

2015 Sensei Juan Carlos Suarez Obando Entrenador Municipal

2016 Sensei Juan Carlos Suarez Obando Entrenador Municipal

2017 Sensei Juan Carlos Suarez Obando Entrenador Municipal

2018 Sensei Juan Carlos Suarez Obando Entrenador Municipal

2019 Sensei Juan Carlos Suarez Obando Entrenador Municipal

2020 Sensei Juan Carlos Suarez Obando Entrenador Municipal

2021 Sensei Juan Carlos Suarez Obando Entrenador Municipal

2022 Sensei Juan Carlos Suarez Obando Entrenador Municipal, Sensei Jhonatan Plaza Entrenador departamental

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

_____

_____

_____

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____ Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____ Nivel: _____ Categoría: _____ Nombre del programa: _____ Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. I CLACIFICATORIO JUEGOS NACIONALE ZIPAQUIRA- CUNDINAMARCA
Fecha: 25/02/2022.

Modalidad y/o prueba. Kumite Individual, Kumite Equipo Posición ocupada. Kumite individual puesto 11, kumite equipo pue... 7

Marca o tiempo. _____ No. de competidores con los que partic... _____

Nivel de la competencia y Categoría. Campeonato nivel nacional categoría SENIOR

Nombre del evento. II CLASIFICATORIO JUEGOS NACIONALES VILLAVICENCIO-META

Powered by CamScanner

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Modalidad y/o prueba. Kumite Individual Posición ocupada. Kumite individual puesto 11

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría. Campeonato nivel nacional categoría Sub21

Nombre del evento. III CLACIFICATORIO JUEGOS NACIONALE CALI-VALLE DEL CAUCA
Fecha: 8/10/2022

Modalidad y/o prueba. Kumite Individual Posición ocupada. Kumite Individual Puesto 5

_____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría Campeonato nivel nacional categoría Sub21.

Nombre del evento. Primer festival de karate-do de ranking departamental homenaje Martín Guevara
Fecha: 02/2022_____.

Modalidad y/o prueba. Kumite individual Posición ocupada. Kumite individual puesto 2

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría. Campeonato departamental categoría senior

Nombre del evento. Campeonato departamental Yopal Casanare
Fecha: 07/2022 _____.

Modalidad y/o prueba. Kata individual Posición ocupada. Kata individual puesto 2

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría. Campeonato departamental categoría senior

Powered by CamScanner

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento. II Campeonato departamental Yopal Casanare
Fecha: 10/2021

Modalidad y/o prueba. Kumite individual Posición ocupada. Kumite individual puesto 1

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría . Campeonato departamental categoría senior

Nombre del evento. El embrujo llanero
Fecha: 12/2021

Modalidad y/o prueba. Kata individual, kumite individual Posición ocupada. Kata individual puesto 3, kumite individual puesto 3_____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia
Categoría._____

Powered by CamScanner

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B6

Fecha de consulta: 28/01/2022

Ficha: 85300006521100000055

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: JORMAN ARLEY

Apellidos: ROA SALAS

Tipo de documento: Tarjeta de identidad

Número de documento: 1006460829

Municipio: Sabanalarga

Departamento: Casanare

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/12/2018

Última actualización ciudadano: 12/12/2018

Última actualización via registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: HEYDY CONSTANZA LOPEZ SOLANO

Dirección: Palacio Municipal

Teléfono: 3214574140

Correo Electrónico: sisben@sabanalarga-casanare.gov.co

Escaneado con CamScanner

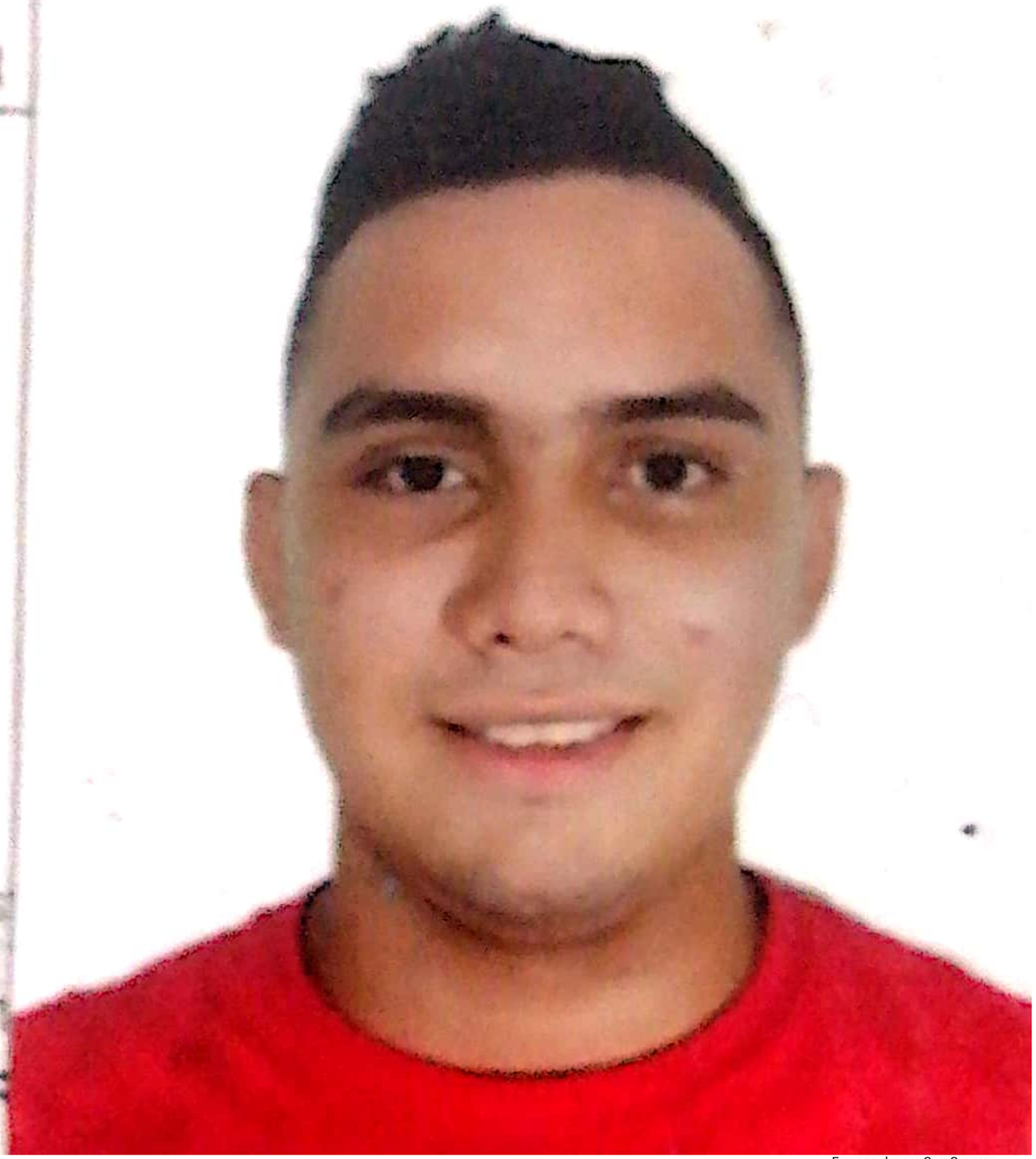
Escaneado con CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA

IMPRESIÓN DACTILAR





- Vigencia de seis (6) meses.
- Visite https://wes[illegible].registraduria.gov.co/es
- El titular tendrá un plazo máximo de un (
de producción (Resolución 11630 de 201

FAVOR NO LAMINAR

Escaneado con CamScanner

FECHA DE PREPARACIÓN

29 NOV 2021

DÍA MES AÑO

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN

1.006.460.828

CÓDIGO Y CLASE DE EXPEDICIÓN

1 PRIMERA VEZ CC

APELLIDOS

ROA SALAS

NOMBRES

JORDAN ARLEY

LUGAR DE PREPARACIÓN

SABANALARGA (CASANARE)

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO

SABANALARGA (CASANARE)

28 OCT 2003 B+

55484006

Escaneado con CamScanner



Escaneado con CamScanner



INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Formato Hoja de Vida

Deportistas.

Datos Básicos

Deporte: Karate Do

Identificación: 1057979749 Tipo: CC __ TI _X_ CE__ De: Aguazul

Apellidos: Piña Pulido Nombre: Brandon Alexis

Sexo: M _X_ F __ Estado Civil: Soltero(a) _X_ Casado(a) __ Separado(a) __ Viudo(a) __ Etnia: _____

Fecha de Nacimiento: 31/12/2006 Depto: Boyacá M/pio: Sogamoso

Nacionalidad: Colombia Estrato Social: 1 _X_ 2 __ 3__ 4 __ 5__

Municipio de Residencia: Aguazul Dirección: CRA 19 # 23 a 21

Teléfonos: 3212545352 Celular: 3208849917 E-mail: edwinguzman396@gmail.com

Pasaporte: _____ Fecha de vencimiento: ____/__/__

Cuenta: Ahorro __ C/te __ No: 0550488417237531 De: Davivienda Sucursal: Aguazul

Información Académica

Nivel de Educación: Primaria __ Secundaria _X_ Técnica __ Profesional __ Especializada __

Establecimiento Educativo: Jorge Eliecer Gaitán Tiempo :11 años Termino Si__ No_X_

Titulo Obtenido: Graduación básica media

Datos Generales

Tallas: Camisa/Blusa S__ M__ L_x_ XL__ XXL__ Pantaloneta S__ M_x_ L__ XL__ XXL__

Sudadera S__ M_x_ L__ XL__ XXL__ Zapatos _____

EPS: Sanitas Fecha de Afiliación: __06__/_sep_/_2022_

ARP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__

AFP: _____ Fecha de Afiliación: ____/__/__

Medicina Prepagada: Si_x_ No__ Fecha de Afiliación: ____/__/__ Entidad _____

Visas: _____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Idiomas

Español Habla _x_ Lee _x_ Escribe _x_

Información Laboral

Empresa: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso: ____/__/__

Labor que desempeña: _____

Distinciones o Condecoraciones

Fecha: _26_/_04_/_2022_ Descripción: Deportista destacado de karate do instituto y recreación IDRA

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Fecha: ____/__/__ Descripción: _____

Ficha Técnica

Peso: 51 Estatura:1.70 cm

Liga: liga de karate Do Casanare Club: Club de karate Do Okinawa Dragones aguazul

Categoría: Cadete División: -52 kg Modalidad: kata y kumite

Pruebas: kata y kumite

Entrenadores a cargo del Deportista (Historial)

2013: Edwin Alvaro Piña Guzman

2014: Edwin Alvaro Piña Guzman

2015: Edwin Alvaro Piña Guzman

2016: Edwin Alvaro Piña Guzman

2017: Edwin Alvaro Piña Guzman

2018: Edwin Alvaro Piña Guzman

2019: Edwin Alvaro Piña Guzman

Otros profesionales relacionados con la carrera deportiva (Médicos, Psicólogos, nutricionista, etc.)

Jhonatan Plazas ENTRENADOR DEPARTAMENTAL

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

Programas de apoyo deportivo (Historial)

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

Nombre del programa: _____Nivel: _____ Categoría: _____

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento: Ranking departamental arcabuceros aguazul Fecha:31 / 11 / 2021

Modalidad y/o prueba.: Kata individual y kumite Posición ocupada: kumite 2 puesto kata 1 puesto

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó: 8 participantes

Nivel de la competencia y Categoría: Cadete

Nombre del evento: intercolegiados fase municipal Fecha: 21/10/2021

Modalidad y/o prueba: kata y kumite Posición ocupada: kata 1er puesto kumite 1er puesto

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó: 4 participantes

Nivel de la competencia y Categoría: Cadete

Nombre del evento: 1ER FESTIVAL DE KARATE DO DE RANKING DEPARTAMENTAL MONTERREY

Fecha: 19 y 20 / 02 / 2022

Modalidad y/o prueba: kumite Posición ocupada: 1er puesto

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó: 5 participantes

Nivel de la competencia y Categoría: Cadete

Nombre del evento: intercolegiados fase departamental Yopal Fecha: 14/11 /2021

Modalidad y/o prueba: kata y kumite Posición ocupada: kumite 2do puesto

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó: 8 participantes

Nivel de la competencia y Categoría: Cadete

Nombre del evento: 2do ranking departamental Yopal liga de Casanare Fecha:31/07 /2022

Modalidad y/o prueba: kata y kumite Posición ocupada: kata 3er puesto

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó: 8 participantes

Nivel de la competencia y Categoría: cadete

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS

Nombre del evento: intecolegiados fase municipal Fecha: 01 /08/2022

Modalidad y/o prueba: kata y kumite Posición ocupada: kata 2do puesto kumite 1er puesto

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó: 4 participantes

Nivel de la competencia y Categoría: Cadete

Nombre del evento: 2do nacional federado clubes interligas Villavicencio Fecha: 03 /06 / 2022

Modalidad y/o prueba: kumite Posición ocupada: 5 puesto

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participo: 32 participantes

Nivel de la competencia y Categoría: Cadete -52 kg

Nombre del evento: intercolegiados fase departamental Fecha: 08/08/2022

Modalidad y/o prueba: kata y kumite Posición ocupada: kumite 2do puesto

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó:7 participantes

Nivel de la competencia y Categoría: Cadete -61 kg

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

Nombre del evento. _____ Fecha: _____.

Modalidad y/o prueba._____ Posición ocupada. _____

Marca o tiempo._____ No. de competidores con los que participó._____

Nivel de la competencia y Categoría._____

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR EL FORMATO

HOJA DE VIDA DEPORTISTAS

1. DATOS BÁSICOS.

Deporte: Nombre del deporte al que pertenece. **Identificación**: **No**. del documento de identidad. **Tipo**: marcar con una X según el tipo de identificación**. De**: **ciudad** de expedición del documento.

Escribir los **Apellidos y Nombres** completos. **Sexo**: M ⇒ Masculino F ⇒ Femenino. **Estado civil:** Marcar con una X. **Etnia:** Raza a la que pertenece. **Fecha de nacimiento**: En el orden: Año, Mes y Día. **Departamento** y **Municipio** de nacimiento. **Nacionalidad:** Escribir la nacionalidad colombiana o extranjera. **Estrato Social:** Marcar con una X en la casilla correspondiente. **Municipio de residencia,** junto con **Dirección** y **Teléfonos**, **Celular**, **Bipper** y **E-mail** (Dirección de correo electrónico. **No. de pasaporte** y la **Fecha de vencimiento** del pasaporte en el orden: Año, Mes y Día. Marcar con una X, la clase de cuenta, escribir el número, Banco y sucursal u oficina donde tiene su cuenta.

2. INFORMACIÓN ACADÉMICA

Nivel de Educación

Marcar con una X, de acuerdo al estudio terminado y aprobado**:**

Primaria ⇒ si su último nivel de estudio es éste.

Secundaria ⇒ si estudió los 6 años de secundaria.

Técnica ⇒ si estudió o estudia una carrera técnica.

Profesional ⇒ si obtuvo un título universitario.

Especializada ⇒ si después de terminada una educación profesional, realizó una especialización.

Establecimiento educativo: Nombre completo de la Institución del último nivel. **Tiempo**: tiempo en años o meses que duró su último estudio, si ya terminó o no; en el caso de ser terminado escribir el nombre completo del **Título obtenido**.

DATOS GENERALES

Diligenciar las **Tallas** de camiseta, pantaloneta, sudadera y/o tenis.

EPS: Nombre completo de la Entidad Promotora de Salud, a la cual se encuentra afiliado y la fecha de afiliación en el orden: Año, Mes y Día. **ARP**: Nombre completo de la Administradora de Riesgos Profesionales, a la cual se encuentra afiliado y la fecha de afiliación en el orden: Año, Mes y Día. **AFP**: Nombre completo de la Administradora de Fondo de Pensiones, a la cual se encuentra afiliado y la fecha de afiliación en el orden: Año, Mes y Día. **Medicina Prepagada**: Marcar con una X, si cuenta o no con este servicio, escribiendo la fecha de afiliación y el nombre de la Entidad a la cual se encuentra afiliado. **Visas**: enumerar las visas con las que cuente. **Idiomas**: Escribir los idiomas que domina, marcando con una X, en las casillas si lo habla, lee o escribe.

3. INFORMACIÓN LABORAL

Escribir el nombre completo de la empresa donde trabaja actualmente, la dirección, el teléfono, la **Fecha de ingreso** en el orden: Año, Mes y Día; lo mismo que especificar la labor o cargo que desempeña, diferente a la labor como deportista.

4. CONDECORACIONES

Fecha en el orden: Año, Mes y Día de la condecoración. **Descripción**: Nombre completo de la condecoración.

Hay espacio para las cinco (5) condecoraciones más importantes.

5. FICHA TÉCNICA

Escribir el **Peso** y **Estatura** actual. **Nombre de la Liga** y **Club** al que pertenece. **Categoría**, **División**, **Modalidad** y **Pruebas** en las que participa. En la lista de años: escribir al frente de cada año, el nombre completo del **Entrenador** que tuvo en el correspondiente año. En la lista de otros profesionales incluir a aquellos que han intervenido en su vida como deportista, médicos, psicólogos, nutricionista, etc., escribir los nombres completos.

6. PROGRAMAS DE APOYO DEPORTIVO (HISTORIAL)

El nombre completo del **Programa**, con el **Nivel** y **Categoría** alcanzada durante el periodo que ha permanecido en dicho programa.

7. HISTORIAL DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS DEPORTIVOS.

En este cuadro se debe consignar toda la información de los resultados importantes que ha obtenido a través de su carrera como deportista.

Fecha: en el orden: Año, Mes, Día.

Nombre del evento.

Modalidad y/o prueba.

Favor diligenciar el formato de la manera más completa y veraz

Posición ocupada.
Marca o tiempo.
No. de competidores con los que participó.
Nivel de la competencia y **Categoría**.


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
NUMERO 1.057.979.749
PIÑA PULIDO
APELLIDOS
BRANDON ALEXIS
NOMBRES
Brandon Alexis Piña
FIRMA
REDMI NOTE 8
48MP QUAD CAMERA


FECHA DE NACIMIENTO
31-DIC-2006
SOGAMOSO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
31-DIC-2024
O+
M
G.S. RH
SEXO
FECHA DE VENCIMIENTO
14-ENE-2014 AGUAZUL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
00415743464
REDMI NOTE 8
48MP QUAD CAMERA

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1057979749
NOMBRES	BRANDON ALEXIS
APELLIDOS	PIÑA PULIDO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CASANARE
MUNICIPIO	AGUAZUL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACION DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	17/03/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

MUNICIPIO: Aguazul	**RESPONSABLE GRUPO:**	**NOMBRE:**
FECHA: 14 / Dic / 2022		**CARGO:**

Yo: (padre/ Madre, Curador o Representante Legal)

Nombres:	Nidia Ayde				**Apellidos:**	Pulido Calderón		
Tipo de Documento (Marque con una X)	**CC**	X	**CE**		**Otro, cual:**			
N° de Documento:	1057578400				**Expedido en:**	Sogamoso Boyaca		
Fecha de Nacimiento:	21 / Junio / 1988				**N° Celular:**	320 884 9917		
Dirección de Residencia:	Cra 19 #23A-21							
Correo electrónico:	nidiapulidocal30@gmail.com							
Departamento Residencia:	Casanare				**Municipio Residencia:**	Aguazul		
Tipo de Representante Legal (Marque con una X)	**Padre**		**Madre**	X	**Tutor**		**Curador**	**Ninguno**

Autorizo el tratamiento de datos personales, la publicación de información, datos, videos, imágenes y todo tipo de contenido audiovisual en medios de comunicación masiva y redes sociales, así como en la página web del Instituto Para La Recreación, El Deporte, La Educación Extra Escolar Y El Aprovechamiento Del Tiempo Libre En El Departamento De Casanare – INDERCAS y Gobernación de Casanare, con el fin de promover los derechos de imágenes durante las actividades de **PROYECTO APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.**

Declaro en forma voluntaria que autorizo y doy consentimiento al deportista que se relaciona a continuación para participar en los programas que están a cargo del INDERCAS y Gobernación de Casanare.

Nombre Deportista:	Brandon Alexis				**Apellidos Deportista:**	Piña Pulido
Tipo de Documento (Marque con una X)	**T.I**		**RC**		**Registro Civil:**	**Otro, cuál?:**
	X					
N° de Documento:	1057979749				**Expedido en:**	Aguazul
Fecha de Nacimiento:	31 / Diciembre / 2006				**N° Celular:**	320 884 9917
Dirección de Residencia:	Cra 19 #23A-21					
Correo electrónico:	BrandonP12006@gmail.com					
Departamento Residencia:	Casanare				**Municipio Residencia:**	Aguazul
Actividad a desempeñar:	Karate DO					

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020.

Es mi deber informar si el deportista presenta alguna patología, prescripción médica, alergias, tratamiento médico (medicamentos formulados), psicológico o psiquiátrico o cualquier recomendación que deba ser tenida en cuenta para su participación, la cual se describe a continuación:
SI [ ] NO [x]

En caso de emergencia, comunicarse a cualquiera de los siguientes contactos:

N°	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE CELULAR
1	Edwin Alvaro Piña Guzman	Padre	3212545352
2	Nidia Ayde Polido Calderon	madre	3208849917

Habiendo leído la presente declaración, acepto la participación de _____ en las actividades programadas en el marco del **PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE BPIN 2022005850020,** así mismo, libero al INSTITUTO y a la Gobernación de Casanare, de las responsabilidades que puedan ir más allá de la atención en primeros auxilios y notificación a la EPS que registré en mi inscripción.

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

REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD		HUELLA
FIRMA		
NOMBRES Y APELLIDOS:	Nidia Ayde Polido Calderón	

(si al deportista lo representa legalmente una persona diferente a sus padres, se debe anexar la autorización para representar al menor).

IOS KARATE DO

DEPORTE	ENTRENADOR	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	
KARATE DO	Nombre: Jonathan Mauricio Plazas Hernandez Telefono: 3143683571 Correo: jonathanplazas @gmail.com	Hora: 5:00 pm a 09:00 pm Categoria: Infantil, junior, cadetes, sub 21 y mayores Edades: 12 años en adelante Lugar: calle 25 N°24-29	Hora: 5:00 pm a 09:00 pm Categoria: Infantil, junior, cadetes, sub 21 y mayores Edades: 12 años en adelante Lugar: calle 25 N°24-29	Hora: 5:00 pm a 09:00 pm Categoria: Infantil, junior, cadetes, sub 21 y mayores Edades: 12 años en adelante Lugar: calle 25 N°24-29	Hora: 5:00 pm a 09:00 pm Categoria: Infantil, junior, cadetes, sub 21 y mayores Edades: 12 años en adelante Lugar: calle 25 N°24-29	Hora: 5:00 pm a 09:00 pm Categoria: Infantil, junior, cadetes, sub 21 y mayores Edades: 12 años en adelante Lugar: calle 25 N°24-29	Hora: 7:00 am a 10:00 am Categoria: Infantil, junior. Hora: 10 am a 12:00 M cadetes. Edades: 12 hasta los 17años en adelante Lugar: MUNICIPIO DE SABANALARGA, YOPAL, MONTERREY Y AGUAZUL	
							Hora: 01:00 pm a 03:00 pm categoria sub 21 Hora: 03:00 pm a 06:0 pm CategoriaMayores Edades: 18 años en	

NOTA: Los dias sabados realizaremos el desplazamiento según cronograma de Actividades hasta los diferentes municipios del departamento de Casanare ya que encontramos deportistas de selección viviendo en Monterrey,

JONATHAN MAURICIO PLAZAS HERNANDEZ

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

CONSOLIDADO DE PARTICIPACIONES
DEPARTAMENTALES, NACIONALES E INTERNACIONALES

DEPORTE KARATE DO **ENTRENADOR JONATHAN MAURICIO PLAZAS HERNANDEZ**

								RESULTADOS						
		INTER			LISTADO DE			MEDALLAS			PUESTO			
N°-	EVENTO	CLUBES	LIGAS	OTROS	DEPORTISTAS PARTICIPANTES	11/10/2022-	CATEGORIA	ORO	PLATA	BRONCE	1RO	2DO	3RO	OTROS
1	III CAMPEONATO NACIONAL INTERLIGAS Y II PREJUEGOS NACIONALES 2022		X		JONATHAN PLAZAS	11/10/2022-	KUMITE +84 KG							11
					WALTER CARREÑO	11/10/2022-	KUMITE +84 KG							7
					CAMILO JAIMES	11/10/2022-	KUMITE -75 KG							13
					SANTIAGO CAMARGO	11/10/2022-	KUMITE - 67 KG							22
					MILLER MARTINEZ	11/10/2022-	KUMITE - 67 KG							12
					SOFIA ACERO	11/10/2022-	KUMITE-45 KG							10
					ZOE GONZALEZ	11/10/2022-	KUMITE -48 KG							11
					NATALIA SUAREZ	11/10/2022-	KATA INDIVIDUAL							17
					JEFFERSON SUAREZ	11/10/2022-	KATA INDIVIDUAL							17
					CRISTIAN SUAREZ	11/10/2022-	KUMITE -75 KG							12
					CARLOS BOLVIAR	11/10/2022-	KATA INDIVIDUAL							17
					DANIEL MARTINEZ	11/10/2022-	KUMITE -60 KG							19
					JUAN PABLO USAQUEN	11/10/2022-	KUMITE - 52 INFANTIL							24
					JHOHAN VEGA	11/10/2022-	KUMITE - 55 KG							5
					SAMUEL PEREZ	11/10/2022-	KATA INDIVIDUAL		X					2
					BRANDON PIÑA	11/10/2022-	KUMITE -52 INFANTIL							12

Firma del Entrenador: _____
Jonathan plazas

V/Bº LIGA_____
Monica puentes

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

REGISTRO FOTOGRAFICO
FO-A-GCC-18
24-09-2018
Version 02

DEPARTAMENTO	Casanare		MUNICIPIO(S)	**YOPAL**	
NOMBRES Y APELLIDOS	JONATHAN MAURICIO PLAZAS HERNANDEZ		No. CÉDULA	**1.057.588.565**	
No. CONTRATO	209		FECHA INICIO DE CONTRATO	11-10-222	PLAZO DE EJECUCIÓN: 8 MESES
PERIODO DEL INFORME	11-12-22 A 10-01-23	INFORME: 3 de 8	FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME	8 de marzo de 2023	
DATOS CONTACTO	TELEFONO CELULAR	**3143683571**	CORREO ELECTRONICO	jonathanplazas04@gmail.com	

REGISTRO FOTOGRÁFICO



ACCION	trabajo de gyako tsuki	**FECHA**	**8/12/2022**



ACCION	indercas (concentracion)	**FECHA**	**14/12/2022**



ACCION	trabajo de kumite	**FECHA**	**19/12/2022**



ACCION	pateo con impacto	**FECHA**	21/12/2023



ACCION	equilibrio con elevacion de mae gueri	**FECHA**	29/12/2022



ACCION	trabajo de velocidad en pista con infantiles	**FECHA**	4/01/2023

Jonathan Plazas

EL SUSCRITO CONTRATISTA

JONATHAN MAURICIO PLAZAS HERNANDEZ

CERTIFICA QUE

Es de total veracidad, confiabilidad y responsabilidad absoluta, que toda la información presentada en el desarrollo y ejecución de las actividades suscritas dentro del contrato No. 0209 de 2022 cuyo objeto es PRESTAR LOS SERVICIOS DE MANERA AUTÓNOMA E INDEPENDIENTE COMO ENTRENADORES NIVEL II PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES ESTABLECIDAS EN EL PROYECTO: APOYO, FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y DOTACIÓN AL DEPORTE, LA RECREACIÓN Y LA ACTIVIDAD FÍSICA PARA EL DESARROLLO SALUDABLE, CON CALIDAD, EFICIENCIA Y EQUIDAD SOSTENIBLE EN CASANARE" BPIN 2022005850020, para el proceso de verificación como son: informe de actividades, panillas de asistencia, participaciones en eventos, registros fotográficos y demás formatos establecidos por el INDERCAS, durante el periodo de labores 11 DE DICIEMBRE DE 2022 a 10 DE DE ENERO DE 2023 son legítimas y tomadas durante la ejecución.

Con la firma de la presente certificación acepto y doy fe de la veracidad de la información y me acuso a las implicaciones legales que tienen la falsedad de información.

Se expide en el municipio de YOPAL, a los 8 días del mes de MARZO del 2023

Firma:



Nombre: Jonathan Mauricio Plazas Hernandez
No. Cédula: 1057588565
No. Contacto: 3143683571
Correo electrónico:jonathanplazas@gmail.com
Contratista

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

CERTIFICADO DE DEDUCCIONES
FO-A-GFI-02
31/07/2019
Versión 01

Yopal, 8 DE MARZO DE 2023

Señores
INDERCAS
La ciudad

REF. Certificado de deducciones

Yo, JONATHAN MAURICIO PLAZAS HERNANDEZ, identificado con Cédula de Ciudadanía número 1057588565 DE SOGAMOSO, teniendo en cuenta la reforma Tributaria estructural, ley 1819 del 29 de diciembre de 2016, **CERTIFICO QUE**:

- Mis ingresos percibidos por el INDERCAS en el año 2022 - 2023 corresponden a la prestación de servicios por honorarios, en el que contraté o vinculé por al menos noventa (90) días continuos o discontinuos, dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad. **SI** ☐ **NO X**

Por lo anterior, solicito que sean aplicadas las siguientes deducciones para depurar de mi base de Retención en la Fuente del periodo comprendido entre el 11 DE DICIEMBRE DE 2022 y el 10 DE ENERO DE 2023, de acuerdo a los siguientes factores:

DESCRIPCIÓN	VALOR
Deducción por intereses préstamos adquisición vivienda o costo financiero leasing habitacional pagados en el año 2023 (Hasta 100 UVT mensuales). *Art 387 ET-DR 4713/05*	$ 0,00
Deducción por pagos de medicina prepagada o seguros de salud. (Hasta 16 UVT mensuales). *Art 387 ET*	$ 0,00

Además, Manifiesto libre y voluntariamente que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación depende (n) económicamente de mí, situación que me otorga el derecho a tomar la deducción del 10% sobre mis ingresos brutos, hasta un máximo de 32 UVT mensuales *Art 387 ET*.

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	APELLIDO 1	APELLIDO 2	PARENTESCO	EDAD
1057584762	MONICA YICELA	PUENTES	RINCON	ESPOSA	32
1022132029	JONAS EMILIANO	PLAZAS	PUENTES	HIJO	4
1222143602	NATHAN	JERONIMO	PLAZAS	PUENTES	2 MESES

El pago de aportes de la seguridad social correspondiente al periodo de cobro del cual anexo soporte, fue por:

DESCRIPCIÓN	VALOR
1. Aportes obligatorios a Pensión. (Art. 55 Estatuto Tributario)	$ 170.500
2. Aportes obligatorios a salud. (Art. 56 Estatuto Tributario)	$ 133.200

Adicionalmente solicito se tengan en cuenta los siguientes aportes como rentas exenta, sin exceder el 30% del ingreso laboral y hasta un máximo de 317 UVT mensuales.

DESCRIPCIÓN	VALOR
Aportes voluntarios fondos de pensiones	$ 0,00
Aportes en cuentas AFC	$ 0,00

Finalmente informo que las actividades desarrollas dentro contrato No. 209 De fecha 7 DE OCTUBRE DE 2022, fueron ejecutadas en el municipio de Yopal del Departamento de Casanare, y me comprometo a comunicar cualquier cambio que puede modificar los beneficios obtenidos.

Cordialmente,

JONATHAN MAURICIO PLAZAS HERNANDEZ
1057588565 SOGAMOSO

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

CERTIFICADO DECRETO 1070
FO-A-GFI-08
27/04/2020
Versión 02

Yopal, 8 DE MARZO DE 2023

Empresa INDERCAS

Ref.: Certificación Decreto 1070 de 2013, Clasificación de Personas Naturales

CERTIFICACIÓN

Yo JONATHAN MAURICIO PLAZAS HERNANDEZ identificado con cédula de ciudadanía No.1057588565 expedida en SOGAMOSO para efectos de dar cumplimiento con el artículo 1 del decreto 1070 del 28 de mayo de 2013 y su modificación a través del decreto 3032 de 2013, certifico lo siguiente:

- Mis ingresos en el año gravable inmediatamente anterior provienen de la prestación de servicios de manera personal o del desarrollo de una actividad económica por cuenta y riesgo del empleador o contratante, mediante una vinculación laboral o legal y reglamentaria, en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%) del total de los ingresos percibidos por dicho periodo fiscal: SI (X) NO ( )

- Mis ingresos en el año inmediatamente anterior provienen de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieran la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado, en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%) del total de los ingresos percibidos en dicho periodo fiscal: SI (X) NO ( )

- Estoy obligado (a) a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior: SI (X) NO ( )

- Los ingresos totales en el año gravable inmediatamente anterior superaron los mil cuatrocientas (1.400) UVT. SI (X) NO ()

- En el año gravable inmediatamente anterior no desarrolle una de las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario o que si la desarrolle no generó más del veinte por ciento (20%) de mis ingresos totales. SI (X) NO ( )

- Durante el año gravable inmediatamente anterior no preste servicios técnicos que requieran de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo representa más del veinticinco por ciento (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos. SI ( ) NO (X)

Cordialmente

JONATHAN MAURICIO PLAZAS HERNANDEZ
C.C1057588565 DE SOGAMOSO

INDERCAS
INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DE CASANARE
Nit. 844.003.345-1

CERTIFICADO DECRETO 139-2022
FO-A-GFI-11
22/03/2022
Versión 01

Yopal, fecha 8 de MARZO de 2023

Empresa INDERCAS

Ref.: Certificación Decreto 139-2022 municipio de Yopal

En lo relacionado al Decreto No139 del 17 de marzo de 2022 “POR EL CUAL SE REGLAMENTA LA APLICACIÓN DEL RÉGIMEN PREFERENCIAL Y EL SISTEMA DE RETENCION EN LA FUENTE A TITULO DE INDUSTRIA Y COMERCI0, AVISOS Y TABLEROS Y SOBRETASA BOMBERIL EN EL MUNICIPIO DE YOPAL", y según lo dispuesto en sus artículos 4 al 6,

CERTIFICO QUE:

1. Mi actividad económica desarrollada en el municipio de Yopal según lo estipulado en el Artículo 31 del Acuerdo 032 de 2020, modificado por el Artículo 18 del Acuerdo 022 de 2021, es**; ACTIVIDADES DE SERVICIO NO CLASIFICADAD (317)**
2. No tengo expuestos avisos y tableros según lo establecido en el Artículo 37 del Acuerdo 032 de 2020.
3. Mis ingresos para efecto de la aplicación de la Retención en la fuente a título de Industria y Comercio, Avisos y Tableros y Sobretasa Bomberil en el Municipio de Yopal se encuentran clasificados: DESDE 1 HASTA 785 UVT. (UVT 2022-$38.004, UVT 2023 -$42.412).

UVT		TARIFA
DESDE	HASTA	%
1	785	2%
786	4.000	3%
4.001	16.000	5%
16.001	MAS	7%

Cordialmente;

Jonathan Mauricio Plazas Hernández
C.C. 1.057.588.565 de Sogamoso
DIR. Calle 29 n 35-08
TEL. 3143683571

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1057588565
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JONATHAN MAURICIO PLAZAS HERNANDEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	YOPAL	DEPARTAMENTO:	CASANARE
DIRECCIÓN:	CALLE18#22-69	TELÉFONO:	6328121
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Construcción de embarcaciones de recreo y deporte.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4477104321**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES diciembre	AÑO	2022	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES diciembre AÑO 2022
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2022/12/12		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	2121268477

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 170.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 170.500	$ 0	$ 170.500
SUBTOTALES:										**$ 170.500**	**$ 0**	**$ 170.500**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 133.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 133.200	$ 0	$ 0	$ 133.200
SUBTOTALES:													**$ 133.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 133.200**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 26.000	$ 26.000	$ 0	$ 0	$ 26.000
SUBTOTALES:									**$ 26.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 26.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD							ARP																
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1057588565	PLAZAS HERNANDEZ JONATHAN MAURICIO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.065.400				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.065.400	$ 170.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 170.500	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.065.400	$ 133.200	$ 0	$ 133.200	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.065.400	105758856	$ 26.000	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 329.700**

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

JONATHAN MAURICIO PLAZAS HERNANDEZ Identificado con CC 1057588565

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina YOPAL, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24116452634
Fecha de apertura:	22 de Agosto de 2022
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a QUIEN INTERESE, realizada en la Oficina 0512 YOPAL de la ciudad de YOPAL, el día Jueves, 25 de Agosto de 2022.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

Powered by CamScanner