BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

Al contestar por favor cite estos datos:
Radicado No. 20226620000903
Fecha: 17-01-2022
20226620000903

MEMORANDO

Para: **Diana Carolina Torres Moreno**
Profesional Presupuesto

De: Alcalde Local de Puente Aranda

ASUNTO: **Solicitud expedición de disponibilidad presupuestal**

Atentamente me permito solicitarle se sirva expedir la disponibilidad para Proyectos de Inversión:

PROYECTO	No. 1887
IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL	O23061601200000001887
PROPÓSITO	**Hacer un nuevo contrato social con igualdad de oportunidades para la inclusión social, productiva y política .**
PROGRAMA	**Bogotá, referente en cultura, deporte, recreación y actividad física, con parques para el desarrollo y la salud**
NOMBRE DEL PROYECTO	Puente Aranda referente en cultura, deporte y recreación
NOMBRE DE QUIEN SOLICITA	Juan Pablo Beltrán Vargas

OBJETO	**VALOR**
PRESTAR SUS SERVICIOS COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN DEPORTIVA EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PREVISTAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS, PROCESOS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y LA ESTRATEGIA DE CUIDADO EN EL TERRITORIO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA.	$231.000.000
PRESTAR SUS SERVICIOS COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN DEPORTIVA EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PREVISTAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS, PROCESOS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y LA ESTRATEGIA DE CUIDADO EN EL TERRITORIO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA.	$23.800.000

69413

69418

Cordialmente,

JUAN PABLO BELTRÁN VARGAS
Alcalde Local de Puente Aranda

Proyectó: Luisa León – Técnico de Apoyo FDL
Revisó: Jesús David Díaz – Profesional de Despacho FDL

Alcaldía Local de Puente Aranda
Carrera. 31 D No. 4 – 05
Código Postal: 111611
Tel. 3648460 Ext. 1629
Información Línea 195
www.puentearanda.gov.co

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ

0016 FONDO DE DESARROLLO LOCAL PUENTE ARANDA

UNIDAD EJECUTORA 01

DIANA CAROLINA TORRES MORENO

Firmado digitalmente por DIANA CAROLINA TORRES MORENO
Fecha: 2022.01.19 16:28:53 -05'00'

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

Número : 436

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO CERTIFICA

DIANA CAROLINA TORRES MORENO

RESPONSABLE PRESUPUESTO GENERAL

Que en el Presupuesto de Gastos e Inversiones de la vigencia 2022 existe apropiación disponible para atender la presente solicitud así:

RUBRO	DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	CONCEPTO DEL GASTO	FONDO	VALOR
O230116012000000001887	Puente Aranda referente en cultura, deporte y recreación	10 NO APLICA	1-100-I002 VA-10% ingresos corrientes FDL	231.000.000
			Total	**231.000.000**

Objeto:

PRESTAR SUS SERVICIOS COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN DEPORTIVA EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PREVISTAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS, PROCESOS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y LA ESTRATEGIA DE CUIDADO EN EL TERRITORIO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA.

Se expide a solicitud de JUAN PABLO BELTRAN VARGAS Cargo ALCALDE LOCALmediante oficio número 20226620000903 de ENERO 17 DE 2022.

Bogotá D.C. ENERO 19 DE 2022

Documento firmado por: DIANA CAROLINA TORRES MORENO / Cargo: RESPONSABLE PRESUPUESTO GENERAL

Elaboró: DTORRESM 19.01.2022

Aprobó: OTORRESR 19.01.2022

Impresión: 19.01.2022-16:28:17 DTORRESM 0000238422 0001

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales. Con el código de verificación puede constatar la autenticidad del Certificado en la entidad que expide dicho documento.

bogdata

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

[redacted] [redacted]

3

BOGOTÁ
TALENTO NO PALANCA

CONSULTA DE COMPROBANTE DE INSCRIPCIÓN BANCO DE HOJAS DE VIDA BOGOTÁ D.C.

NÚMERO INSCRIPCIÓN: 553957 Descargar registro aquí

1. Datos personales

Primer nombre
Diego

Otros nombres
Enrique

Primer apellido
Bueno

Segundo apellido
Triviño

Fecha de Nacimiento
05/09/1992

Teléfono de contacto
3112634569

Correo electrónico personal
debuenot@gmail.com

Dirección de residencia
Carrera 42 #1c-16

2. Formación Académica

Lista de estudios

Nivel educativo	Título académico	Graduado	Semestres cursados
Educación media (hasta grado once aprobado)		Si	
Tecnológica	TECNOLOGÍA EN ENTRENAMIENTO DEPORTIVO	Si	
Universitaria	CIENCIAS DEL DEPORTE Y DE LA EDUCACIÓN FÍSICA	Si	

Otros estudios

Nombre curso	Graduado	Horas
Diplomado en fundamentos de gerencia para organizaciones deportivas	Si	120
Jornada Mundial de la Actividad Física	Si	8
1er Foto Psicología del Deporte	Si	4
Fundamentos y Windows	Si	20
Fundamentos de Informática	Si	20
Congreso Internacional Deporte y Posconflicto (Organización)	Si	16
Reanimación Cardiopulmonar Básica	Si	2
VIII Festival Vallenato y III Olimpiada del Caribe Iberoamérica en el Cesar (Organizador)	Si	144

4

DIEGO ENRIQUE BUENO TRIVIÑO
1.013.634.735
Carrera 42 #1c-16
3112634569
dieho_17@live.com



PERFIL PROFESIONAL

Soy Profesional en Ciencias del Deporte y la Educación Física con énfasis en Administración Deportiva y Tecnólogo en Entrenamiento Deportivo, con sentido de pertenencia y vocación para trabajar en comunidad. Con habilidades comunicativas, capacidad de organización, gestión y ejecución de eventos deportivos, administración deportiva, entrenamiento deportivo, deporte formativo, comunitario y adaptado, actividades físicas como aporte a la salud, ocio y diversión de la población. Con competencias orientadas al servicio, liderazgo, trabajo en grupo y comunicación asertiva.

FORMACIÓN ACADÉMICA

CIENCIAS DEL DEPORTE Y LA EDUCACIÓN FÍSICA
Énfasis en Administración Deportiva
Universidad de Cundinamarca

TECNÓLOGO EN ENTRENAMIENTO DEPORTIVO
SENA

BACHILLER ACADÉMICO
IED Luis Carlos Galán Sarmiento

FORMACIÓN ACADÉMICA COMPLEMENTARIA

DIPLOMA EN MEDICINA DEL FÚTBOL
En curso
FIFA

DIPLOMADO EN FUNDAMENTOS DE GERENCIA PARA ORGANIZACIONES DEPORTIVAS
Politécnico Superior de Colombia

1er FORO PSICOLOGIA DEL DEPORTE
Fundación Escuela Americana para Colombia

VIII FESTIVAL VALLENATO
III OLIMPIADAS DEL CARIBE
Practicas universitarias
Comité Organizador
FIDES – Valledupar

XXIII OLIMPIADA ESPECIAL FIDES- COMPENSAR 40 AÑOS IBEROAMERICA EN COLOMBIA
Practicas universitarias
Comité Organizador
FIDES – COMPENSAR

SERVICIO AL CLIENTE PRINCIPIOS BASICOS
SENA

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA
Fundación MAPFRE – Cruz Roja Colombiana

CONGRESO INTERNACIONAL DE DEPORTE Y POSCONFLICTO
Comité Organizador
Comité Olímpico Colombiano

1er CONGRESO INTERNACIONAL DE ENSEÑANZA Y ENTRENAMIENTO DE DEPORTES ACUÁTICOS
UDEC - UNIANDINA

I.E.D TOM ADAMS
Prácticas SENA
Profesor de Educación Física primaria

FUNDAMENTOS DE INGLES A1
SENA

FUNDAMENTOS Y WINDOWS
SENA

FUNDAMENTOS DE INFORMÁTICA
SENA

CONOCIMIENTO Y MANEJO DE SISTEMAS

Dominio general de Microsoft Word, Excel, Power Point, Google Apps, Internet Explorer, Redes Sociales, Multimedia.

EXPERIENCIA LABORAL

HOUM COLOMBIA S.A.S
5800983
Asesor inmobiliario FreeLance
Febrero 2021 – Laboro actualmente

ZIZU F.C
3213912153
Coordinador deportivo
Julio de 2017 – Laboro actualmente

CINE COLOMBIA - ACTIVOS
3124884402
Auxiliar Operativo
11 de Noviembre de 2019 a 30 de Diciembre de 2019

FIDES
3463043 – 3133895698
PRACTICAS UNIVERSITARIAS
Organización, gestión y ejecución de eventos
Junio 2018 a Junio 2019

THOMAS MTI
3759270
Auxiliar de digitación
Junio de 2018 a Julio de 2018

CLUB DEPORTIVO SEMILLAS BOGOTÁ
3007025600
Entrenador de futbol.
Septiembre de 2014 a Enero de 2017

CLUB DEPORTIVO JUGAR FL
3204775171
Entrenador de Futbol.
Julio de 2014 a Diciembre de 2014

VQ INGENIERIA
CONTRATO DE APRENDIZAJE SENA
3118911500

Entrenador Deportivo -Área HSE
Noviembre 7 de 2013 a Mayo 7 de 2014.

HOBELIX F.C
4660618
Asistente Técnico
Septiembre a Diciembre del año 2013

TENNIS S.A
Asesor comercial
Enero 17 a Mayo 24 del año 2013

REFERENCIAS FAMILIARES

ALEJANDRO BUENO
ASESOR DE CRÉDITO
TEL: 3195808338

JAIME ALBERTO JIMENEZ
PROFESIONAL EN CIENCIAS DEL DEPORTE Y LA EDUCACIÓN FÍSICA
TEL: 3134282258

REFERENCIAS PERSONALES

JHON EDISON RODRÍGUEZ
PROFESIONAL EN CIENCIAS DEL DEPORTE
TEL: 3232300592

DIANA ANGELICA GARZON ACERO
DIRECTORA TÉCNICA FIDES
TEL: 3133895698

DIEGO ENRIQUE BUENO TRIVIÑO
C.C 1013634735
CEL: 3112634569

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Fondo de Desarrollo Local Puente Aranda

Sideap 2.0

Última Actualización: 21-ene-2022

Fecha Validación:21-ene-2022

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
BUENO	TRIVIÑO	DIEGO ENRIQUE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1013634735	F ( ) M (X)	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 1013634735 D.M 3

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 5 MES SEP AÑO 1992

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

KR 42 1 C 16

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3112634569

EMAIL debuenot@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o A 6o DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o A 11o DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BASICA											TITULO Bachiller academico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°. (X)	MES DICIEMBRE AÑO 2010

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Universitaria	10	X		CIENCIAS DEL DEPORTE Y DE LA EDUCACION FISICA	2	2019	
Tecnológica	4	X		TECNOLOGIA EN ENTRENAMIENTO DEPORTIVO	7	2014	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Fondo de Desarrollo Local Puente Aranda

Sideap 2.0

Última Actualización: 21-ene-2022

Fecha Validación:21-ene-2022

DOMINIO DE IDIOMAS

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA , REGULAR (R) BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD ZIZU FC	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* zizufc2012@gmail.com	
TELÉFONOS 3213912153	*FECHA DE INGRESO* DIA 28 MES 4 AÑO 2016	*FECHA DE RETIRO* DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO Coordinador Deportivo	*DEPENDENCIA* Deportiva	*DIRECCIÓN* Carrera 53d #5-12	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD VQ Ingenieria	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* vqingenieria.com	
TELÉFONOS 2134537	*FECHA DE INGRESO* DIA 7 MES 11 AÑO 2013	*FECHA DE RETIRO* DIA 7 MES 5 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO Aprendiz Sena	*DEPENDENCIA* HSEQ	*DIRECCIÓN* Calle 123 #7a-17	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
Privada	6	2
Pública	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Fondo de Desarrollo Local Puente Aranda

Sideap 2.0

Última Actualización: 21-ene-2022

Fecha Validación:21-ene-2022

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
Total	6	2

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO _X_ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Bogotá D.C. - 21-ene-2022
Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Fondo de Desarrollo Local Puente Aranda

Sideap 2.0

Última Actualización: 20-ene-2022

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, DIEGO ENRIQUE BUENO TRIVIÑO

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1013634735 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección KR 42 1 C 16 **Teléfonos** 3112634569 3112634569

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Flor Alba Triviño Herrera	51662578	Madre
Roberto Enrique Bueno Ramirez	19470344	Padre

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ⊗ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ○

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 600.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 200.000,00
TOTAL	$ 800.000,00

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco Davivienda	Cuenta de ahorros	0550006000963691	Bogotá	$ 0,00
Nequi	Cuenta de ahorros	3112634569	Bogotá	$ 557.590,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
		$ 0,00

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Davivienda	Tarjeta de Crédito	$ 2.120.255,00
TUYA	Tarjeta Alkosto	$ 842.065,00

SUFI	Crédito Moto	$ 1.702.749,00

1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: **SI** ◯ **NO** ⓧ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO C.C◯ C.E◯ T.I.◯	NÚMERO DOCUMENTO

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 20-ene-2022

CIUDAD Y FECHA

10

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.013.634.735

BUENO TRIVIÑO

APELLIDOS

DIEGO ENRIQUE

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-SEP-1992

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

09-SEP-2010 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00520539-M-1013634735-20131129 0036091501A 2 1262638241

REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase

NÚMERO 1013634735

APELLIDOS Y NOMBRES
BUENO TRIVIÑO
DIEGO ENRIQUE

PERTENECE AL EJÉRCITO DE:

1ª LÍNEA	2ª LÍNEA	3ª LÍNEA
31 - DIC	31 - DIC	31 - DIC
2022	2032	2042



PROFESIÓN BACHILLER

FECHA DE EXP.: 25 JUL 2014

CDTE. DE DISTRITO

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJÉRCITO NACIONAL

Instrucciones Especiales

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes casos:
   - Celebrar contratos con cualquier entidad pública.
   - Ingresar a la carrera administrativa.
   - Tomar posesión de cargos públicos.
   - Obtener grado de profesional en cualquier centro docente de educación superior.
2. En caso de convocatoria de reservas de llamamiento especial o de movilización, debe efectuar presentación inmediata en la unidad militar más cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.

03582382

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14807595184

(415)7707212489984(8020) 000001480759518 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 1 3 6 3 4 7 3 5	4	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 1 3 6 3 4 7 3 5	2 0 1 0 0 9 0 9

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BUENO	TRIVIÑO	DIEGO	ENRIQUE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 42 1 C 16

42. Correo electrónico: debuenot@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 2 6 3 4 5 6 9	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
9 3 1 9	2 0 2 2 0 1 2 1	8 5 5 2	2 0 2 2 0 1 2 1					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	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
53. Código	4	9																								

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																				

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación.

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2022 - 01 - 21 / 08 : 23: 42

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre BUENO TRIVIÑO DIEGO ENRIQUE
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 21-01-2022 08:23:14AM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

13

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:21/01/2022

CONTRIBUYENTE	C.C. 1013634735	DIEGO ENRIQUE BUENO TRIVIÑO

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: KR 42 1 C 16 Teléfonos: 3112634569

Dirección electrónica: debuenot@gmail.com Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: 28/02/2018

Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: 21/01/2022 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 8552 - Enseñanza deportiva y recreativa

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaria de Hacienda Distrital.

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD

SGS CO13/8129

Version 2.02

[redacted] [redacted]

14

Policía Nacional

Inicio Preguntas frecuentes Ley 1918 Contacto

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 20:19:38 horas del 20/01/2022, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1013634735,**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Fondo de desarrollo local de Puente Aranda**, con NIT **899999061-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

Imprimir

[redacted] [redacted]

15

Policía Nacional de Colombia

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 19/01/2022 04:23:03 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1013634735** y Nombre: **DIEGO ENRIQUE BUENO TRIVI?O.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **29250722** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

1

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 04:19:56 PM horas del 19/01/2022, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1013634735**

Apellidos y Nombres: **BUENO TRIVIÑO DIEGO ENRIQUE**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Volver al Inicio

80
17

GUARDIANES
de tus DERECHOS
Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA WEB
No. 5624613

Bogotá D.C., 19 de Enero de 2022 - 16:29 pm

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS
LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **DIEGO ENRIQUE BUENO TRIVIÑO**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UNO MIL TRECE MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS TREINTA Y CINCO** de BOGOTA D.C.

1013634735

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:
La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figueren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

WILLIAM JAVIER MURCIA ACEVEDO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Certificado generado por el sitio web: www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez comuniquese con la Personería de Bogotá D.C.

Código de verificación: 1_N61WN_2916. Link de verificación: https://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

18

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 187894417

WEB
16:44:55

Bogotá DC, 19 de enero del 2022

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) DIEGO ENRIQUE BUENO TRIVIÑO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1013634735:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 19 de enero de 2022, a las 16:32:47, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1013634735
Código de Verificación	1013634735220119163247

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

EDUARDO JOSE PINEDA ARRIETA
Contralor Delegado

Digitó y Revisó: WEB

La República de Colombia, la Secretaría de Educación Distrital y en su nombre el

Colegio Luis Carlos Galán Sarmiento

Institución Educativa Distrital

Institución de Carácter Oficial

Jornada Mañana

Autorizado por la Secretaría de Educación Distrital, según Resoluciones No. 7659 del 13 de Noviembre de 1998, No. 5231 del 4 de Octubre de 2002 y Resolución No. 6702 del 25 de Octubre de 2004

Confiere a:

Diego Enrique Bueno Triviño

C.C. No. 1.013.636.735 de Bogotá, D.C.

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media, según los planes y programas vigentes.

Rector

Mag. E. D.
Secretaria

Registro Interno

Acta No. 22 Folio No. 62 - B - 20

Dado en Bogotá, D.C., a 3 de Diciembre de 2010

Scanned by TapScanner

Colegio "Luis Carlos Galán Sarmiento"

Institución Educativa Distrital

Calle 1 B No. 52 A - 02 Tel: 720 07 00

Jornada Mañana

Acta Individual de Grado

Inscripción S.E. : 6022 Dane: 11100165050

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los tres (03) días del mes de Diciembre de 2010 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, las suscritas Rectora y Secretaria en la Rectoria del Colegio "Luis Carlos Galán Sarmiento" Institución Educativa Distrital, aprobada hasta Nueva Determinación, en el nivel de Educación Media y Autorizado por la Secretaría de Educación Distrital, para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Académica, según Resoluciones No. 7459 del 13 de Noviembre de 1998, hasta nueva determinación y Resolución de Reconocimiento Oficial No. 3231 del 4 de Octubre de 2002 y Resolución No. 4702 del 25 de Octubre de 2004.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media se procedió a otorgar el Título de Bachiller Académico al graduando cuyos Nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Diego Enrique Bueno Triviño

C.C. No. 1.013.634.735 de Bogotá, D.C.

Es copia tomada del Acta original general No. 022 de fecha 03 de Diciembre de 2010.

Firmada y sellada por Luz Stella Reyes de Lemus (Rectora) y Marleny Quiñonez Duque (Secretaria)

Dada en Bogotá, D.C., a los tres (03) días del mes de Diciembre de 2010

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7o. del Decreto 150 de 1981. No Requiere ser Registrado en la Secretaría de Educación según Decreto No. 321 del 5 de Mayo de 1998

Rectora
Luz Stella Reyes de Lemus
C.C. No. 41.588.112 de Bogotá, D.C.

Secretaria
Marleny Quiñonez Duque
C.C. No. 41.673.122 de Bogotá

Scanned by TapScanner

22

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

DIEGO ENRIQUE BUENO TRIVIÑO

Con Cedula de Ciudadania No. 1.013.634.735

Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el

Título de

TECNÓLOGO EN

ENTRENAMIENTO DEPORTIVO

En testimonio de lo anterior, se firma el presente Titulo en Bogotá, a los nueve (9) días del mes de julio de dos mil catorce (2014)

Firmado Digitalmente por
JOSE GIOVANNI LOZANO BOLIVAR
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

JOSE GIOVANNI LOZANO BOLIVAR
SUBDIRECTOR CENTRO DE FORMACIÓN EN ACTIVIDAD FÍSICA Y CULTURA
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

8581616 - 09/07/2014
No y FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 950800323934CC1013634735C.

REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE FORMACIÓN EN ACTIVIDAD FÍSICA Y CULTURA

ACTA DE GRADO

No Y FECHA REGISTRO 8581616 - 09/07/2014

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO

Que: DIEGO ENRIQUE BUENO TRIVIÑO, Con Cedula de Ciudadania No. 1.013.634.735

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR EL SENA, RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE:

TECNÓLOGO EN ENTRENAMIENTO DEPORTIVO

En constancia de lo anterior se firma la presente en Bogotá, a los nueve (9) días del mes de julio de dos mil catorce (2014)

Firmado Digitalmente por
JOSE GIOVANNI LOZANO BOLIVAR
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

JOSE GIOVANNI LOZANO BOLIVAR
SUBDIRECTOR CENTRO DE FORMACIÓN EN ACTIVIDAD FÍSICA Y CULTURA
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 950800323934CC1013634735A.

En nombre de la República de Colombia
y por autorización del
Ministerio de Educación Nacional

La Universidad de Cundinamarca

Creada mediante Ordenanza No. 045/69 - Resolución No. 19530/92 - M.E.N.

Le confiere a

Diego Enrique Bueno Triviño

C. C. No. 1.013.634.735 Expedida en Bogotá D. C.

El título de

Profesional en Ciencias del Deporte y la Educación Física

Por haber aprobado las exigencias académicas reglamentarias de la carrera

En testimonio de ello se expide el presente

DIPLOMA

En la ciudad de Soacha, a los 11 días de Septiembre de 2019

Rector

Decano de Facultad

Anotado al folio 135 del libro 002
Registro: 11155

Soacha, 11 de Septiembre de 2019

Scanned by TapScanner

UDEC
UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA

12.3

PROGRAMA: CIENCIAS DEL DEPORTE Y DE LA EDUCACIÓN FÍSICA

ACTA DE GRADO No. 1993

La Universidad de Cundinamarca, con domicilio principal en la ciudad de Fusagasugá, representada por el Rector, el Secretario General y el Decano de la Facultad de **CIENCIAS DEL DEPORTE Y EDUCACIÓN FÍSICA**, Programa: **CIENCIAS DEL DEPORTE Y DE LA EDUCACIÓN FÍSICA**, Extensión Soacha, aprobado por Acuerdo No. 032 del 3 de Noviembre del 2000, en Grado Ordinario del día 11 del mes de septiembre de 2019, otorga a:

DIEGO ENRIQUE BUENO TRIVIÑO
C.C. No 1.013.634.735 de Bogotá D.C
EL TITULO DE:
PROFESIONAL EN CIENCIAS DEL DEPORTE Y LA EDUCACION FISICA

Por haber aprobado las exigencias académicas reglamentarias de la Carrera.

En nombre y representación de la Universidad de Cundinamarca, previo el juramento de rigor, se hizo entrega del diploma correspondiente.

En testimonio de lo anterior, se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Soacha, el día 11 del mes de septiembre de 2019, válida para todos los efectos legales correspondientes.

(FDO) RECTOR: **ADRIANO MUÑOZ BARRERA**
(FDO) DECANO DE LA FACULTAD: **PEDRO NEL QUINTERO TURRIAGO**
(FDO) EL GRADUADO: **DIEGO ENRIQUE BUENO TRIVIÑO**
(FDO) SECRETARIO GENERAL: **SANDRA YULIET MONCADA CASANOVA**

Es fiel copia tomada del original en lo pertinente.
Anotada al libro No. 6, Folio No. 1993
Soacha, 11 de septiembre de 2019

JUAN MANUEL CRUZ BANOY
Profesional Universitario I
C.C No. 3.229.017 de Usaquen

12.3-2.35

Scanned by TapScanner

40
26

20-09-21

Bogotá D, C 20 de septiembre de 2021

HACE CONSTAR QUÉ

El señor **DIEGO ENRIQUE BUENO TRIVIÑO**, identificado con cédula de ciudadania No. 1.013.634.735 de Bogotá es formador activo del equipo desde el 28 de Abril de 2016, desarrollando actividades de preparación fisica de manera óptima, con responsabilidad, compromiso, entrega y respeto por su trabajo y por quienes reciben de sus conocimientos. Obteniendo un salario laboral vigente de $1.500.000.

Resaltando como institución la labor, el compromiso y la responsabilidad llevada a cabo por él en el transcurso de su experiencia laboral.

Para constancia de lo anterior se firma en Bogotá D.C. a los veinte (20) días del mes de septiembre de dos mil ventiuno (2021)

Cordialmente,

LAURA S.

Laura Valentina Sabogal Restrepo
PRESIDENTE DE LA ESCUELA

BOGOTÁ
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

No. NIZ (01/06/2021)
Proyecto: Sandra Bibiana Restrepo Zamora.
Cargo: Secretaria
Reviso: José Wilson Sabogal Velásquez
Cargo: Presidente del club

6/26/2021

INGENIERÍA

PROYECTOS CON FUTURO

Cert-247-14

LA FIRMA

V.Q. INGENIERIA S.A.S.

NIT. 830.058.737-0

HACE CONSTAR:

Que, el (la) señor(a) BUENO TRIVIÑO DIEGO ENRIQUE, identificado con cédula de ciudadanía No. 1013634735, laboró para esta empresa desde el 07/11/2013 hasta el 07/05/2014, en calidad de APRENDIZ SENA

Está certificación se expide a solicitud del interesado, a los nueve (9) días del mes de Mayo de 2014

PAULA ANDREA VILLEGAS L.
Directora De Recursos Humanos

C.C. Archivo

Calle 123 No 7A - 17 Of 501 Ed. CEI II Bogotá - Colombia
(571)2134055 - FAX (571) 2134537
vqingenieria.com - www.vqingenieria.com

ISO 9001 icontec SC 2234 - 1

ISO 14001 icontec SA 437 - 1

Scanned by TapScanner

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2022

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1013634735
NOMBRES Y APELLIDOS	Bueno Triviño,Diego Enrique
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	08/06/2018
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	No Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Bueno Triviño,Diego Enrique, a los 19 días del mes de enero del año 2022.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

33
29

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DIEGO ENRIQUE BUENO TRIVIÑO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.013.634.735**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Enero del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

NEQUI

(+57) 300 600 0100 Carrera 48 # 26 - 85 Medellín - Colombia www.nequi.com.co

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Referencia de depósito electrónico

Miércoles, 19 de enero de 2022

A quien pueda interesar:

Nos permitimos informar que **DIEGO ENRIQUE BUENO TRIVINO** identificado con cédula de ciudadanía **1013634735**, al día de hoy es titular de un depósito electrónico con las siguientes características:

Número de producto	Número de producto convencional	Estado	Fecha de apertura
3112634569	87045582307	ACTIVA	23-08-2020

Para pagos desde empresas y nómina el código de Nequi en ACH Colombia es 1507.

Cordialmente,

Claudia MB

Claudia Betancourt
Gerente de Promesa Digital

DR. GUILLERMO ERNESTO GOELKEL CLAVIJO

MEDICO GENERAL Y ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M 19193032 M.S LIC.0170105 HABILITACION S.S.B- 1100137518
UNIVERSIDAD NACIONAL

CERTIFICADO DE INGRESO LABORAL



FECHA: 20 DE ENERO DE 2022 [X] *Examen de Ingreso* [ ] *Examen de Egreso* [ ] *Examen Periódico*

NOMBRE: DIEGO ENRRIUE BUENO TRIVIÑO **EDAD:** 29 AÑOS **SEXO** [ ] **M**

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1013634735 **R.H.** O+

EMPRESA: FONDO DE DESARROLLO ALCALDIA LOCAL DE PUENTE ARALTA **PESO:** 55 Kg

CARGO: INSTRUCTOR DEPORTIVO

RESULTADOS EXAMENES PARACLINICOS

Espirometria			**LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO**					
Audiometría			*Cuadro Hemático IVG*			*Frotis Faríngeo/con cultivo*		
Visiometria			*Serología*			*KOH Uñas*		
Electrocardiograma			*Glicemia*			*Prueba de Embarazo*		
Psicológico			*Colesterol*			*Hemodasificacion*		
[redacted]*steomuscula*			*Triglicéridos*			*TSH*		
[redacted]*acunas*			*Parcial de Orina*			*Amilasa*		
			Sodio			*Basiloscopia*		
			Potasio					
			Plomo					

Impresión Diagnostica: *A la fecha hacemos constar que el trabajador fue examinado y los resultados obtenidos fueron los siguientes*

Apto X **Apto con Restricción** **No Apto** **Aplazado**

Apto para trabajo en alturas

Concepto. APTO PARA EL CARGO

	Control EPS	X
	Usos de elementos de protección personal	X
	Capacitaciones en la ARL y EPS	
	Hábitos de vida saludable	X

CONSENTIMIENTO INFORMADO

[redacted] comprendido el propósito; los beneficios, la interpretación y riesgos del examen médico, paraclínico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mí en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizarán las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional ocupacional del consultorio particular, tomara para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta, los autorizo para que den a conocer, por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad, contemplada en la legislación actual vigente para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional de la empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

Dr. Guillermo Ernesto Goelkel Clavijo
Medico General y Esp. en Salud Ocupacional
R.M 19193032 M.S Universidad Nacional
Lic. 0170105 Habilitación S.S.B-1100137518

DR. GUILLERMO ERNESTO GOELKEL C **19193032**
Médico Especialista en Salud Ocupacional *R.M.*

Trabajador: Diego Enrique Bueno Triviño
CC. 1013634735
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la

Huella

Carrera 21 No. 22 – 32 Sur / 1er. Piso Consultorio 101 * Barrio Olaya
Cel.: 320 493 8704 – Tel.: 926 1687 * biomedidolaya@gmail.com

Resultados de la búsqueda

Declarante	Descargar	Entidad	Cargo	Es contratista	Tipo de publicación	Fecha de publicación	Estado formulario
DIEGO ENRIQUE BUENO TRIVIÑO CEDULA DE CIUDADANIA - 1013634735	Declaración Ley 2013 de 2019	FONDO DE DESARROLLO LOCAL PUENTE ARANDA BOGOTÀ Reporte de Entidad		SI	INGRESO	2022-01-20 21:02	FINALIZADO

El servicio público es de todos | Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2022-01-20 21:02

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DIEGO	ENRIQUE	BUENO	TRIVIÑO

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1013634735

Lugar de nacimiento

País	Colombia	Departamento	Bogotá D.C	Municipio	BOGOTÁ

Lugar de domicilio

País	Colombia	Departamento	Bogotá D.C	Municipio	BOGOTÁ

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	FONDO DE DESARROLLO LOCAL PUENTE ARANDA BOGOTÁ

Lugar de sede

País	Colombia	Departamento	Bogotá D.C	Municipio	BOGOTÁ

Dirección	VACIA
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el último año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$600.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	$200.000,00
TOTAL	$800.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
AHORROS	Colombia	$557.590,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
TARJETA DE CRÉDITO DAVIVIENDA	$2.120.255,00
TARJETA ALKOSTO	$842.065,00
SUFI	$1.702.749,00

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

os potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

RELACIÓN DE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS VIGENTES CON OTRAS ENTIDADES ESTATALES
APLICACIÓN DEL ART 17 DEL DECRETO 189 DE 2020

Bogotá D. C.,

Señores:
SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO

ASUNTO: Declaración juramentada -Relación de contratos de prestación de servicios vigentes con otras entidades estatales.
Articulo 17 Decreto 189 de 2020

Yo, Diego Enrique Bueno Triviño, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1013634735, me permito informar que actualmente SI____ NO_X_, me encuentro ejecutando contratos de prestación de servicios profesionales o de apoyo a la gestión, con otras entidades estatales.

No.	ENTIDAD PÚBLICA	NÚMERO DE CONTRATO	PLAZO DE EJECUCIÓN	VALOR TOTAL CONTRATO	FECHA DE INICIO EJECUCIÓN (DD/MM/AAAA)	FECHA DE TERMINACIÓN (DD/MM/AAAA)
1						
2						
3						
4						
5						

El presente documento se diligencia y firma bajo gravedad de juramento, el _____ de _____ de 2022.

Firma:
Nombre: Diego Enrique Bueno Triviño
C.C: 1013634735
Dirección de Residencia: Cra. 42 #1c-16
Teléfono de contacto: 3112634569
Correo electrónico institucional: debuenot@gmail.com
Correo electrónico de notificación:
C.C: 1013634735

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

CERTIFICADO DE IDONEIDAD
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O APOYO A LA GESTIÓN

FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE PUENTE ARANDA

Que el Fondo de Desarrollo Local de Puente Aranda requiere contratar a una persona con el fin de PRESTAR SUS SERVICIOS COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN DEPORTIVA EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PREVISTAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS, PROCESOS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y LA ESTRATEGIA DE CUIDADO EN EL TERRITORIO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA, lo anterior de conformidad con el proyecto de inversión registrado en el Banco de Proyectos con el No. Proyecto O23011601200000001887 denominado "Puente Aranda referente en cultura, deporte y recreación".

De acuerdo con lo establecido en el literal h) del numeral 4 del artículo 2 de la Ley 1150 de 2007 y el artículo 2.2.1.2.1.4.9 del Decreto 1082 de 2015, estos servicios se podrán contratar directamente con la persona que esté en capacidad de ejecutar el objeto de la contratación y que haya demostrado la idoneidad o la experiencia directamente relacionadas con las actividades a desarrollar.

El Fondo de Desarrollo Local de Puente Aranda no cuenta con personal de planta o este no es suficiente, para desarrollar las actividades objeto del contrato a celebrar, según constancia expedida por el/la Directora(a) de Gestión del Talento Humano de la Secretaría Distrital de Gobierno, la cual exige los siguientes requisitos para ejecutar el presente contrato:

FORMACIÓN	TECNICO PROFESIONAL EN EDUCACIÓN FISICA O TÉCNICO PROFESIONAL EN EDUCACIÓN FÍSICA Y RECREACIÓN O TÉCNICO PROFESIONAL EN ENTRETENIMIENTO DEPORTIVO O TÉCNICO PROFESIONAL EN DEPORTE Y RECREACIÓN
EXPERIENCIA PROFESIONAL	DOCE (12) MESES DE EXPERIENCIA LABORAL
EQUIVALENCIA	DE CONFORMIDAD CON EL DECRETO 785 DE 2005

Que, analizada la Hoja de Vida de **DIEGO ENRIQUE BUENO TRIVIÑO**, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.013.634.735 de Bogotá, cumple con los requisitos de Formación y Experiencia exigidos en los estudios previos y la certificación de inexistencia o insuficiencia de personal expedida por la Secretaría Distrital de Gobierno, de la siguiente manera:

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FORMACION ACADEMICA		
TITULO	**ENTIDAD ACADEMICA**	**FECHA DEL TITULO**
BACHILLER ACADÉMICO	COLEGIO "LUIS CARLOS GALÁN SARMIENTO"	03/12/2010
TECNÓLOGO EN ENTRENAMIENTO DEPORTIVO	SENA	09/07/2014
PROFESIONAL EN CIENCIAS DEL DEPORTE Y LA EDUCACIÓN FÍSICA	UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA	11/09/2019

FORMACION PROFESIONAL		
ENTIDAD	**TIEMPO**	**Nro. CONTRATO**
ESCUELA ZIZUFC	Desde el 28/04/2016 al 20/09/2021 Tiempo: 5 años, 4 meses y 22 días	No aplica

VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES: Se verificaron antecedentes Judiciales de la Policía Nacional, disciplinarios de la Procuraduría, Personería, antecedentes fiscales de la Contraloría, Registro Nacional de Medidas Correctivas (RNMC Art. 183 Ley 1801 — Código de Policía), Delitos Sexuales y Ley 2013 de 2019.

Que con la información suministrada cumple con la experiencia solicitada en los estudios previos, información que reposa en la hoja de vida presentada por el contratista y validada por el Fondo de Desarrollo Local de Puente Aranda a través de la plataforma SIDEAP.

Por lo anteriormente mencionado se podrá celebrar directamente el respectivo contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión con **DIEGO ENRIQUE BUENO TRIVIÑO.**

Se firma en Bogotá en el mes 26 de enero de 2022.

JUAN PABLO BELTRÁN VARGAS
Alcalde Local de Puente Aranda

Proyectó: Nasly Daniela Sánchez Bernal – Prof. de Apoyo
Revisó: Juan Felipe Galindo Niño – Prof. Contratación
Aprobó: Jesús David Díaz Campos – Asesor Despacho

40

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

SOLICITUD DE REGISTRO PRESUPUESTAL

Enero de 2022

Bogotá D.C

Señora
DIANA CAROLINA TORRES MORENO
Profesional Presupuesto
FDL Puente Aranda

Cordial Saludo,

Comedidamente solicito expedir la reserva presupuestal del proyecto de inversión No. O23011601200000001887 concepto "Puente Aranda referente en cultura, deporte y recreación", a nombre de **DIEGO ENRIQUE BUENO TRIVIÑO**, identificado con C.C. **1.013.634.735** de Bogotá, Contrato de Prestación de Servicios de Apoyo a la Gestión No. 173 de 2022, por valor de **$ 19.250.000.**

Cordialmente,

JUAN PABLO BELTRÁN VARGAS
Alcalde Local de Puente Aranda

Proyectó: Nasly Daniela Sánchez Bernal – Prof. de Apoyo
Revisó: Juan Felipe Galindo Niño – Prof. Contratación
Aprobó: Jesús David Díaz Campos – Asesor Despacho

41

BOGOTÁ

0016 FONDO DE DESARROLLO LOCAL PUENTE ARANDA

UNIDAD EJECUTORA 01

DIANA CAROLINA TORRES MORENO
Firmado digitalmente por DIANA CAROLINA TORRES MORENO
Fecha: 2022.01.28 12:29:57 -05'00'

DIANA CAROLINA TORRES MORENO

RESPONSABLE PRESUPUESTO GENERAL

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL

Número : 540

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO CERTIFICA

Que se ha efectuado registro presupuestal para atender compromisos así:

RUBRO	DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	CONCEPTO DEL GASTO	FONDO	VALOR
O23011601200000001887	Puente Aranda referente en cultura, deporte y recreación	10 NO APLICA	1-100-I002 VA-10% ingresos corrientes FDL	19.250.000
			Total	**19.250.000**

CDP :436

Tipo y Número de Compromiso :148 CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION - 1732022

Objeto:

PRESTAR SUS SERVICIOS COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN DEPORTIVA EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PREVISTAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS, PROCESOS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y LA ESTRATEGIA DE CUIDADO EN EL TERRITORIO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA.

neficiario : 1005406245 CC 1013634735 DIEGO ENRIQUE BUENO TRIVIÑO

ılidad de Selección :10 CONTRATACIÓN DIRECTA

Bogotá D.C. ENERO 28 DE 2022

Documento firmado por:DIANA CAROLINA TORRES MORENO / Cargo: RESPONSABLE PRESUPUESTO GENERAL

Aprobó: DTORRESM 28.01.2022

Elaboró: DTORRESM 28.01.2022

Impresión:28.01.2022-12:10:40 DTORRESM 5000288212 0001

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales. Con el código de verificación puede constatar la autenticidad del Certificado en la entidad que expide dicho documento.

bog data

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

ACTA DE INICIO

Contrato No.	173-2022
Tipo de Contrato:	Contrato de Prestación de Servicios de apoyo a la gestión
Objeto:	Prestar sus servicios como instructor de formación deportiva en la ejecución de las actividades previstas para la implementación de los programas, procesos de formación deportiva y la estrategia de cuidado en el territorio en la localidad de Puente Aranda.
Nombre del Contratista:	DIEGO ENRIQUE BUENO TRIVIÑO
C.C.	1.013.634.735 de Bogotá
Fecha de Suscripción	27 de enero de 2022
Fecha de inicio:	01 de marzo de 2022
Fecha prevista de terminación:	30 de septiembre de 2022
Plazo:	Siete (7) meses
Valor	$19.250.000
No. Certificado de Registro Presupuestal:	540 del 28 de enero de 2022
No. Póliza:	39-46-101005958

Se reunieron **JUAN PABLO BELTRÁN VARGAS**, Alcalde Local de Puente Aranda, en representación legal del **FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE PUENTE ARANDA** y**DIEGO ENRIQUE BUENO TRIVIÑO**, identificado con la cédula de ciudadanía No. **1.013.634.735 de Bogotá** y de esta forma dar inicio a la ejecución del Contrato de Prestación de servicios de apoyo a la gestión.

La presente se firma por quienes en ella intervinieron, al 1 día del mes de marzo de 2022.

Por la Alcaldía Local,

JUAN PABLO BELTRÁN VARGAS
Alcalde Local de Puente Aranda

Contratista,

DIEGO ENRIQUE BUENO TRIVIÑO
1013634735 de Bogotá

Proyectó: Nasly Daniela Sánchez Bernal – Prof. de Apoyo
Revisó: Juan Felipe Galindo Niño – Prof. Contratación
Aprobó: Jesus David Diaz Campos – Asesor Despacho

ALCALDÍA DE PUENTE ARANDA

ACTA DE INICIO

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 173 de 2022

CONTRATISTA: BUENO TRIVIÑO DIEGO ENRIQUE

OBJETO: PRESTAR SUS SERVICIOS COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN DEPORTIVA EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PREVISTAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS, PROCESOS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y LA ESTRATEGIA DE CUIDADO EN EL TERRITORIO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

VALOR: $ 19.250.000,00

PLAZO: 7 mes(es)

El día 01 de MAR de 2022 se reunieron BUENO TRIVIÑO DIEGO ENRIQUE, mayor de edad, con C.C. No 1013634735, en calidad de contratista, y el(la) doctor(a) JUAN PABLO BELTRAN VARGAS, en calidad de supervisor(a) del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 173 de 2022, con el fin de iniciar el contrato.

Para constancia se firma por quienes intervinieron,

Contratista,

BUENO TRIVIÑO DIEGO ENRIQUE
C.C. No 1013634735

Por la ALCALDÍA DE PUENTE ARANDA,

JUAN PABLO BELTRAN VARGAS
DESPACHO ALCALDIA LOCAL - SUPERVISOR

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

Al contestar por favor cite estos datos:
Radicado No. 20226620070291
Fecha: 04-02-2022
20226620070291

MEMORANDO

662

Bogotá,

PARA: **LUZ AMANDA ZAMORA**
Profesional de Deportes

DE: **ALCALDE LOCAL DE PUENTE ARANDA.**

ASUNTO: Designación de apoyo a la supervisión de los siguientes contratos:

Cto No.	CONTRATISTA	OBJETO
111-2022	CAMILO ANDRES ROMERO CASTRO	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN DEPORTIVA EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PREVISTAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS, PROCESOS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y LA ESTRATEGIA DE CUIDADO EN EL TERRITORIO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA.
112-2022	MISAEL ALEJANDRO PINEDA SUAREZ	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN DEPORTIVA EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PREVISTAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS, PROCESOS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y LA ESTRATEGIA DE CUIDADO EN EL TERRITORIO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA.
113-2022	DIEGO HERNAN ROMERO GIL	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN DEPORTIVA EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PREVISTAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS, PROCESOS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y LA ESTRATEGIA DE CUIDADO EN EL TERRITORIO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA.

114-2022	OSCAR GIHOVANY MEDINA CARROLL	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN DEPORTIVA EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PREVISTAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS, PROCESOS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y LA ESTRATEGIA DE CUIDADO EN EL TERRITORIO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA.
166-2022	OSCAR SANTIAGO DUARTE ROA	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN DEPORTIVA EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PREVISTAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS, PROCESOS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y LA ESTRATEGIA DE CUIDADO EN EL TERRITORIO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA.
167-2022	ROSSEMBERTH GUTIERREZ AGUILAR	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN DEPORTIVA EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PREVISTAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS, PROCESOS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y LA ESTRATEGIA DE CUIDADO EN EL TERRITORIO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA.
168-2022	JUAN SEBASTIAN MAYORGA CIFUENTES	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN DEPORTIVA EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PREVISTAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS, PROCESOS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y LA ESTRATEGIA DE CUIDADO EN EL TERRITORIO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA.
169-2022	GABRIEL GIOVANNY GARCIA GARCIA	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN DEPORTIVA EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PREVISTAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS, PROCESOS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y LA ESTRATEGIA DE CUIDADO EN EL TERRITORIO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA.
170-2022	LIDIER FONSECA GUERRERO	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN DEPORTIVA EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PREVISTAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS, PROCE-

		SOS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y LA ESTRATEGIA DE CUIDADO EN EL TERRITORIO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA.
171-2022	MARIA CAMILA PINEDA RAMIREZ	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN DEPORTIVA EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PREVISTAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS, PROCESOS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y LA ESTRATEGIA DE CUIDADO EN EL TERRITORIO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA.
172-2022	HUGO ALEXANDER RUBIO HERRERA	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN DEPORTIVA EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PREVISTAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS, PROCESOS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y LA ESTRATEGIA DE CUIDADO EN EL TERRITORIO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA.
173-2022	DIEGO ENRIQUE BUENO TRIVIÑO	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN DEPORTIVA EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PREVISTAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS, PROCESOS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y LA ESTRATEGIA DE CUIDADO EN EL TERRITORIO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA.
209-2022	MARIO ALBERTO DCOSTA SERRANO	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN DEPORTIVA EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PREVISTAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS, PROCESOS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y LA ESTRATEGIA DE CUIDADO EN EL TERRITORIO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA.
246-2022	JAIRZIÑIHO GUTIERREZ AGUILAR	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN DEPORTIVA EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PREVISTAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS, PROCESOS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y LA ESTRATEGIA DE CUIDADO EN EL TERRITORIO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA.
247-2022	CRISTIAN DAVID MEDINA LEON	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN DEPORTIVA EN LA EJECUCIÓN

		DE LAS ACTIVIDADES PREVISTAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS, PROCESOS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y LA ESTRATEGIA DE CUIDADO EN EL TERRITORIO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA.

Atentamente me permito informarle que a partir de la fecha deberá asumir el apoyo a la supervisión de los contratos anteriormente relacionados, para lo cual deberá realizar las actividades establecidas en el manual de contratación vigente, en concordancia con lo establecido en la Ley 1474 de 2011 o aquello que lo modifique, adicione o derogue.

De conformidad con la normatividad vigente en la materia, el incumplimiento en el apoyo a la supervisión acarreará sanciones disciplinarias a que haya lugar.

Los documentos referentes al citado contrato reposan en gestión documental de la Alcaldía Local, y en las plataformas transaccionales del SECOP II y SIPSE.

Todos los documentos soporte de la actividad contractual hasta la liquidación, informes de ejecución y pagos, deben ser publicados y aprobados conforme a la "Guía para hacer la Gestión Contractual en el SECOP", siguiendo los términos y condiciones de uso de la plataforma establecidos por Colombia Compra Eficiente.

Adicionalmente se recuerda que se requiere mantener actualizada la siguiente información en la plataforma SIPSE:

1. Reportar con anterioridad todas las modificaciones contractuales que se requieran en los contratos, tales como: suspensión, adición, prórrogas, cesión, otro sí y/o terminación.

2. En el caso de los nuevos procesos, se debe hacer el cargue en la plataforma y el respectivo seguimiento durante las etapas de creación, ejecución y liquidación.

Cordialmente,

JUAN PABLO BELTRÁN VARGAS
Alcalde Local de Puente Aranda
Correo: alcalde.paranda@gobiernobogota.gov.co

Elaboró Luisa Fernanda León C Técnico de Contratación
Revisó: Juan Felipe Galindo Niño – Profesional de contratación
Revisó: Jesús David Díaz – Profesional Despacho

ALCALDIA LOCAL DE PUENTE ARANDA
FONDO DE DESARROLLO LOCAL

RECIBO A SATISFACCION PERSONA NATURAL No 2 PARCIAL X FINAL

(FORMATO DE AUTOCONTROL Versión 2022-1)

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL	DD	MM	AA	Y EL	DD	MM	AA
	16	de MARZO	de 2022	Y EL	15	de ABRIL	de 2022

CLASE DE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION **No.** 173 **VIGENCIA** 2022

INFORMACION DEL CONTRATISTA

RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA :	Diego Enrique Bueno Triviño			**C.C. No.**	1.013.634.735
DIRECCIÓN:	Cra 42 # 1c-16	**TELEFONO**	3112634569	**CORREO ELECTRONICO**	debuenot@gmail.com

CEDENTE (Si hubo cesion, escriba el nombre de quien lo cedio)	0
NIT o C.C. CONTRATISTA QUE CEDIO EL CONTRATO	0

INFORMACION BANCARIA

ENTIDAD BANCARIA	**CLASE DE CUENTA**	**No. CUENTA**
NEQUI	AHORROS	3112634569

INFORMACION PARA ENDOSO DE PAGO A UN TERCERO

NOMBRE BENEFICIARIO ENDOSO	**NIT o C.C**	**VALOR A ENDOSAR**	**ENTIDAD BANCARIA**	**CLASE DE CUENTA**	**No. CUENTA**
0	0	0	0	0	0

INFORMACION DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar sus servicios como instructor de formación deportiva en la ejecución de las actividades previstas para la implementación de los programas, procesos de formación deportiva y la estrategia de cuidado en el territorio en la localidad de Puente Aranda.

FORMA DE PAGO

a) El primer pago se cancelara mes vencido, en proporción a los dias ejecutados desde su fecha de inicio y hasta el último dia del mes.
b) 7 pagos mensuales vencidos de $2.750.000 (Dos Millones Setecientos Cincuenta Mil Pesos) M/Cte previa presentación de los siguientes documentos:
a. Informe de actividades mensual debidamente firmado por el supervisor de contrato, el apoyo a la supervisión (si aplica) y el contratista.
b. Certificado de cumplimiento expedido por el supervisor del contrato.
c. Copia de la planilla de pago de los aportes al régimen de seguridad social integral en proporción al valor devengado en el mes anterior, de acuerdo con lo consagrado en el Decreto 1273 de 2018. Nota: Para efectos del ultimo pago, deberá entregar "Formato de Control de Retiro", debidamente diligenciado y firmado por quienes corresponda.

	VALOR CONTRATO	**RECURSOS FDLPA**
VALOR INICIAL	-	19.250.000
ADICIONES		
VALOR ADICION 1	-	-
VALOR ADICION 2	-	-
VALOR ADICION 3		-
VALOR ADICION 4		-
VALOR TOTAL DEL CONTRATO Y/O CONVENIO(APORTES FDLPA)	-	19.250.000

FECHAS		**EJECUCION EN: MES (ES)**	**DIAS**
FECHA DE INICIO	1/03/2022	PLAZO INICIAL	7	0
TERMINACION INICIAL	30/09/2022			
PRORROGAS				
FECHA PRORROGA 1	N/A	No MESES PRORROGA 1	0	0
FECHA PRORROGA 2	N/A	No MESES PRORROGA 2	0	0
FECHA PRORROGA 3	N/A	No MESES PRORROGA 3	0	0
FECHA PRORROGA 4	N/A	No MESES PRORROGA 4	0	0
TERMINACION CON PRORROGA(S) Y/O MODIFICACION	30/09/2022	TOTAL EN MESES O DIAS	7	0

FECHA CESION 1	N/A	FECHA SUSPENSION 1	N/A	FECHA REINICIO 1	N/A
FECHA CESION 2	N/A	FECHA SUSPENSION 2	N/A	FECHA REINICIO 2	N/A
FECHA CESION 3	N/A	FECHA SUSPENSION 3	N/A	FECHA REINICIO 3	N/A
FECHA CESION 4	N/A	FECHA SUSPENSION 4	N/A	FECHA REINICIO 4	N/A

INFORMACION DEL INTERVENTOR, SUPERVISOR O APOYO A LA SUPERVISION

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL	**APOYO A LA SUPERVISION**	LUZ AMANDA ZAMORA BLANCO	**VINCULACION**	**CONTRATISTA**	**NUMERO Y AÑO CONTRATO DE INTERVENTORIA O SUPERVISION**	CPS 240-2022

CONTROL PAGO APORTES SEGURIDAD SOCIAL

BASE INGRESO COTIZACION (IBC SEGUN PLANILLA OPERADOR)	0
VALOR APORTE A SALUD	0
VALOR APORTE A PENSION	SI 0
VALOR APORTE A R L	0
TOTAL APORTES SEGURIDAD SOCIAL PARA ESTE PAGO	0

Bajo la gravedad de juramento el Contratista con su firma en el informe de actividades certifica que los recibos de pago de aportes a salud, pensión y ARL ,anexos a este documento corresponden a ingresos provenientes del contrato materia de este pago sujeto a Retención en la fuente y Reteica (ART 23 LEY 1150/2007 RESOLUCION 1166/2009 S.H.D.)

CONTROL ANTICIPO

VALOR ANTICIPO INICIAL	**VALOR ADICION**	**TOTAL ANTICIPO**	**AMORTIZACION PRESENTE RECIBO A SATISFACCION**	**SALDO POR AMORTIZAR DEL ANTICIPO**
0	-	-		0

CONTROL RETENCION EN GARANTIA

SALDO ANTERIOR	**VALOR RETENCION EN ESTA PRESENTE CORTE**	**ACUMULADO RETENCION EN GARANTIA**

INFORMACION PARA EL PAGO

ASPECTOS FINANCIEROS PAGO PARCIAL Y/O FINAL	
VALOR TOTAL CONTRATADO	19.250.000
ACUMULADO CORTES PARCIALES	1.375.000
SALDO POR EJECUTAR	17.875.000
EJECUCION FISICA PRESENTE CORTE (SUB-TOTAL ANTES DE IVA)	2.750.000
IVA	
VALOR TOTAL EJECUCION FISICA PRESENTE CORTE	2.750.000
MENOS: AMORTIZACION ANTICIPO	-
MENOS: RETENCION EN GARANTIA	-
MENOS OTROS DESCUENTOS A VR NO RECONO	-
VALOR AUTORIZADO A PAGAR	2.750.000
NETO A PAGAR PRESENTE CORTE	**2.750.000**

INFORMACION PRESUPUESTAL

No. REGISTRO PPTAL	**RUBRO PRESUPUESTAL**	**VALOR REGISTRO PPTAL**	**GIROS DETALLE GIROS ACUMULADO ANTERIOR**	**VALOR A AFECTAR EN ESTE CORTE**	**ACUMULADO GIROS**	**SALDO REGISTRO PPTAL**
540	02301155212000000 (IMP Vig act)	19.250.000	1.375.000	2.750.000	4.125.000	15.125.000
-	0	0	-		-	-
-	0	0	-		-	-
-	0	0	-		-	-
-	0	0	-		-	-
-	0	0	-		-	-
	TOTALES	**19.250.000**	**1.375.000**	2.750.000	4.125.000	**15.125.000**
		OK		OK		OK

SON: (Valor en letras): DOS MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS

PORCENTAJE DE EJECUCION PRESUPUESTAL ANTES PRESENTE CORTE	7%

PORCENTAJE EJECUCION PRESUPUESTAL INCLUIDO ESTE CORTE	21%

7. RESUMEN RECIBOS A SATISFACCION APROBADOS (REGISTRA EJECUCION FISICA DEL PROYECTO)

No	FECHA	CONCEPTO	VALOR
1	(4 MARZO 2022)	1er recibo parcial	1.375.000
2	(8 Abril 2022)	2do recibo parcial	2.750.000
3		3er recibo parcial	
4		4to recibo parcial	
5		5to recibo parcial	
6		6to recibo parcial	
7		7mo recibo parcial	
8		8vo recibo parcial	
9		9no recibo parcial	
10		10mo recibo parcial	
11		11mo recibo parcial	
12		12mo recibo parcial	
13		13er recibo parcial	
14		14to recibo parcial	
15		15to recibo parcial	
16		16to recibo parcial	
17		17mo recibo parcial	
18		18vo recibo parcial	
19		19no recibo parcial	
20		20mo recibo parcial	
21		21er recibo parcial	
22		22do recibo parcial	
23		23er recibo parcial	
24		24to recibo parcial	
		TOTAL EJECUTADO	4.125.000
NUEVO SALDO POR EJECUTAR			15.125.000

VALIDACION DE SALDOS

SALDO REGISTRO PRESUPUESTAL	15.125.000
+ (MAS): SALDO POR AMORTIZAR DEL ANTICIPO	0
(-) MENOS: SALDO ACUMULADO RETENCION EN GARANTIA	
SALDO POR EJECUTAR	15.125.000 OK

EXPLIQUE RAZON DIFERENCIA

PORCENTAJE DE EJECUCION FISICA PRESENTE CORTE	14%
PORCENTAJE DE EJECUCION FISICA ACUMULADO	21%

a los 18 dias del mes de Abril de dos mil (2022) recibo a satisfacción el pago DOS (2) del informe presentado por el contratista en cumplimiento de la Cláusula 7 del CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No. 173 de 2022 dejando constancia que se cumplio con el objeto del contrato, las obligaciones establecidas, el plazo previsto y el pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud y Pensiones, de acuerdo con los documentos presentados por el contratista y anexos al presente documento.

NÚMERO DE PIN: 8618407645

PERIODO COTIZADO **MES (ES)** MARZO **AÑO** 2022

LUZ AMANDA ZAMORA BLANCO
APOYO A LA SUPERVISION
C.C. 52.125.244 de BOGOTA
C.C. - de 0

VISTO AUTORIZA GIRO
JUAN PABLO BELTRÁN VARGAS
ALCALDE LOCAL
C.C 1.022.389.187 de BOGOTA

Version 2022-1

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE GOBIERNO

ALCALDIA LOCAL DE PUENTE ARANDA
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO (Persona Natural)

Teniendo en cuenta el informe presentado por el contratista Diego Enrique Bueno Triviño sobre las actividades desarrolladas para dar cumplimiento a los términos contratados y los resultados obtenidos, una vez realizada la revisión del informe, se autoriza el pago correspondiente al.

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 16 de MARZO de 2022 15 de ABRIL de 2022

Contrato:	No. 173 de 2022
Tipo de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION
Contratista:	Diego Enrique Bueno Triviño
Cèdula o NIT	1.013.634.735
Objeto:	Prestar sus servicios como instructor de formación deportiva en la ejecución de las actividades previstas para la implementación de los programas, procesos de formación deportiva y la estrategia de cuidado en el territorio en la localidad de Puente Aranda.

Plazo del Contrato:	7 MES (ES)
Fecha Iniciación:	1/03/2022
Fecha de Terminación:	30/09/2022
Prórroga(s)	N/A
	N/A
	N/A
	N/A
Valor Inicial Pactado:	19.250.000
Valor Adicional:	0
Valor a Pagar:	2.750.000 **No.Pago** 2
Número de PIN:	8618407645
Periodo Cotizado.	Mes MARZO año 2022

Se verificó el cumplimiento del pago de los aportes parafiscales relativos a SENA, ICBF, Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda, y ARL (Administradora de riesgos laborales) y al Sistema de Seguridad Social Integral) por parte del contratista, de conformidad con el Parágrafo 1 del Art. 23 la Ley 1150 de 2007 y el Artículo 244 de la Ley 1955 de 2019.

En constancia se firma a los 18 dias del mes de Abril de dosmil veintidos (2022)

Interventor o Supervisor,

LUZ AMANDA ZAMORA BLANCO
CC. No. 52125244 de BOGOTÁ

JUAN PABLO BELTRÁN VARGAS
ALCALDE LOCAL
C.C. No. 1022389187 de BOGOTA

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA D.C.
SECRETARIA DE GOBIERNO

GESTIÓN CORPORATIVA
GESTIÓN CORPORATIVA INSTITUCIONAL
ALCALDÍA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ART 383 ☑

FORMATO CÁLCULO DE IMPUESTOS

CONTRATO No.	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION	1732022	**FECHA:**	26/04/2022
CONTRATISTA:	DIEGO ENRIQUE BUENO TRIVIÑO		**NIT. o C.C.**	1.013.634.735
PERIODO:	**Del** 16 de marzo de 2022	**Al**	15 de abril de 2022	
PAGO No.	2	Documento No.	**Cuenta cobro**	2

Responsable IVA ☐ **Pensionado** ☐ **Dependientes** ☐ **Declarante de renta** ☐

PAGO	indicador	CÓDIGO	BASE	%	VALOR
VALOR BRUTO		511180-01(9000)			2.750.000
Retefuente Honorarios	0	2-4-36-03	-	0,00%	0
Retefuente Servicios	0	2-4-36-05	-	0,00%	0
Retefuente Art 383	44	2-4-36-15-02	2.062.500	0,00%	0
Reteiva	40	2-4-36-25	-	0,00%	0
Reteica	39	2-4-36-27	2.750.000	9,66%	26.565
Otros Ajustes de Reten.			-	0,00	0
TOTAL DESCUENTOS					26.565
NETO A PAGAR		240101-(0100)			2.723.435

GLORIA LUZ CRUZ GIL
Contador F.D.L

DIANA CAROLINA TORRES MORENO
Responsable de Presupuesto F.D.L.

Elaboró:

Aprobó:

PLANILLA MES DEL INGRESO ☐ MARZO

1

OBSERVACIONES Y/O NOTAS: **OK.RUT.RIT Y CERTIFICADO TRIBUTARIO**

VALOR CERTIFICADO DEDUCCION X MES

FECHA DE INICIO	1/03/2022	1/03/2022	Valor cuenta AFC	
RUT			Pago por medicina prepagada, planes adicionales de salud y pagos por seguros de	
RIT			Valor intereses de vivienda	
CERTIFICACION TRIBUTARIA			Aportes voluntarios a Fondos de Pensiones	
			Deduccion dependientes	
			Renta excenta 25%	687.500

Base para pago de salud, pensión y ARL	1.100.000	VALOR PAGADO	
Aporte obligatorio para salud - 12,5%	137.500	-	REVISAR
Aporte obligatorio para pensión - 16% (+) FSP	176.000	-	REVISAR
Aporte obligatorio ARL	5.742	-	REVISAR
TOTAL APORTES SALUD Y PENSIÓN	319.242	-	REVISAR

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA D.C.

Historial de Pagos por Proveedor

CODIGO DE TERCERO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE IDENTIFICACION	NOMBRE
1005406245	CC	1013634735	DIEGO ENRIQUE BUENO

173/22

Item	Nombre Entidad	Referencia	Numero Documento Contable	POS. CxP	Fecha Contabilización CxP en la Entidad	Fecha Radicación en la Tesorería Distrital	Estado	Fecha de Estado AAAA-MM-DD	Documento Compensación Según Estatus	Forma de Pago	Valor Bruto	Valor Neto	Cuenta bancaria	Fecha Entrega Cheque a ventanilla	Endoso
1	FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE PUENTE ARANDA	CUENTA COBRO 2	3000303871	002	02-may-22	03-may-22	PAGADA	04-may-22	5000700313	Transferencia Giradora	2.750.000	2.723.435	3112634569 AHORROS Nequi		

Detalle de descuentos tributarios

Numero Documento Contable	Descripción	% Descuento	Base Retención	Valor Retención
3000303871	RETEICA 9.66 X MIL	0.9660	2.750.000	26.565
		TOTAL DESCUENTOS		26.565

Informacion presupuestal

Numero Documento Contable	CRP	Posición CRP	PosPre	Fondo	PP
3000303871	5000288212	1	10	1-100-I002	2022

	03-jun-22 16:36:05
	Otra información:
*	Si su documento tiene Estatus Registrada, se encuentra en trámite en la entidad ordenadora del pago. Por favor póngase en contacto con la entidad
*	Si su consulta no presenta fecha de pago y tiene un estatus de Rechazada o Anulada, su pago no pudo ser aplicado. Por favor póngase en contacto con la entidad ordenadora del pago

ALCALDIA LOCAL DE: PUENTE ARANDA
FONDO DE DESARROLLO LOCAL

RECIBO A SATISFACCION PERSONA NATURAL No. 1 — PARCIAL x — FINAL

(FORMATO DE AUTOCONTROL. Versión 2022-1)

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 1 de MARZO de 2022 **Y EL** 15 de MARZO de 2022

CLASE DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION — **No.** 173 — **VIGENCIA** 2022

1. INFORMACION DEL CONTRATISTA

RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA :	Diego Enrique Bueno Triviño			**C.C. No.**	**1.013.634.735**
DIRECCIÓN:	Cra 42 # 1c-16	**TELEFONO**	3112634569	**CORREO ELECTRONICO**	debuenol@gmail.com
CEDENTE (Si hubo cesion, escriba el nombre de quien lo cedio)					
NIT ó C.C. CONTRATISTA QUE CEDIO EL CONTRATO					

INFORMACION BANCARIA

ENTIDAD BANCARIA	CLASE DE CUENTA	No. CUENTA
NEQUI	AHORROS	3112634569

INFORMACION PARA ENDOSO DE PAGO A UN TERCERO

NOMBRE BENEFICIARIO ENDOSO	NIT o C.C	VALOR A ENDOSAR	ENTIDAD BANCARIA	CLASE DE CUENTA	No. CUENTA

2. INFORMACION DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar sus servicios como instructor de formación deportiva en la ejecución de las actividades previstas para la implementación de los programas, procesos de formación deportiva y la estrategia de cuidado en el territorio en la localidad de Puente Aranda.

FORMA DE PAGO

a) El primer pago se cancelará mes vencido, en proporción a los días ejecutados desde su fecha de inicio y hasta el último dia del mes.
b) 7 pagos mensuales vencidos de $2.750.000 (Dos Millones Setecientos Cincuenta Mil Pesos) M/Cte previa presentación de los siguientes documentos:
a. Informe de actividades mensual debidamente firmado por el supervisor de contrato, el apoyo a la supervisión (si aplica) y el contratista.
b. Certificado de cumplimiento expedido por el supervisor del contrato.
c. Copia de la planilla de pago de los aportes al régimen de seguridad social integral en proporción al valor devengado en el mes anterior, de acuerdo con lo consagrado en el Decreto 1273 de 2018. Nota: Para efectos del último pago, deberá entregar "Formato de Control de Retiro", debidamente diligenciado y firmado por quienes corresponda.

	VALOR CONTRATO	RECURSOS FDLPA
VALOR INICIAL		19.250.000
ADICIONES		
VALOR ADICION 1		
VALOR ADICION 2		
VALOR ADICION 3		
VALOR ADICION 4		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO Y/O CONVENIO(APORTES FDLPA)	-	19.250.000

FECHAS		EJECUCION EN	MES (ES)	DIAS
FECHA DE INICIO	1/03/2022	PLAZO INICIAL	7	
TERMINACION INICIAL	30/09/2022			
PRORROGAS				
FECHA PRORROGA 1	N/A	NUMERO MESES PRORROGA 1		
FECHA PRORROGA 2	N/A	NUMERO MESES PRORROGA 2		
FECHA PRORROGA 3	N/A	NUMERO MESES PRORROGA 3		
FECHA PRORROGA 4	N/A	NUMERO MESES PRORROGA 4		
TERMINACION CON PRORROGA(S) Y/O SUSPENSION (ES)	30/09/2022	TOTAL EN MESES y/o DIAS	7	0

FECHA CESION 1	N/A	FECHA SUSPENSION 1	N/A	FECHA REINICIO 1	N/A
FECHA CESION 2	N/A	FECHA SUSPENSION 2	N/A	FECHA REINICIO 2	N/A
FECHA CESION 3	N/A	FECHA SUSPENSION 3	N/A	FECHA REINICIO 3	N/A
FECHA CESION 4	N/A	FECHA SUSPENSION 4	N/A	FECHA REINICIO 4	N/A

3. INFORMACION DEL INTERVENTOR, SUPERVISOR O APOYO A LA SUPERVISION

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL	**APOYO A LA SUPERVISION**	LUZ AMANDA ZAMORA BLANCO	**VINCULACION**	CONTRATISTA	**NUMERO Y AÑO CONTRATO DE INTERVENTORIA O SUPERVISION**	CPS 240-2022

4. CONTROL PAGO APORTES SEGURIDAD SOCIAL

BASE INGRESO COTIZACION (IBC-SEGUN PLANILLA OPERADOR)	0	Bajo la gravedad de juramento el Contratista con su firma en el informe de actividades certifica que los recibos de pago de aportes a salud, pensión y ARL anexos a este documento corresponden a ingresos provenientes del contrato materia de este pago sujeto a Retención en la fuente y Reteica. (ART.23 LEY 1150/2007,RESOLUCION 1195/2009 S.H.D.)
EXCEPT BASE APLICA DECRETO 1703		
VALOR APORTE A SALUD	0	
VALOR APORTE A PENSIÓN (SI)	0	
VALOR APORTE A R L		
TOTAL APORTES SEGURIDAD SOCIAL PARA ESTE PAGO	0	

5. CONTROL ANTICIPO

VALOR ANTICIPO INICIAL	VALOR ADICION	TOTAL ANTICIPO	AMORTIZACION PRESENTE RECIBO A SATISFACCION	SALDO POR AMORTIZAR DEL ANTICIPO
0	-	-	0	0

5. CONTROL RETENCION EN GARANTIA

SALDO ANTERIOR	VALOR RETENCION EN GTIA - PRESENTE CORTE-	ACUMULADO RETENCION EN GARANTÍA
-	-	-

6. INFORMACION PARA EL PAGO

ASPECTOS FINANCIEROS Y CONTABLES PAGO PARCIAL Y/O FINAL	
VALOR TOTAL CONTRATADO	19.250.000
ACUMULADO CORTES PARCIALES	-
SALDO POR EJECUTAR	19.250.000
EJECUCION FISICA PRESENTE CORTE (SUB-TOTAL ANTES DE IVA)	1.375.000
N/A	-
VALOR TOTAL EJECUCION FISICA PRESENTE CORTE	1.375.000
MENOS: AMORTIZACION ANTICIPO	-
MENOS: RETENCION EN GARANTIA	-
MENOS:OTROS DESCUENTOS X VR.NO RECONO	-
VALOR AUTORIZADO A PAGAR	1.375.000
NETO A PAGAR PRESENTE CORTE	**1.375.000**

INFORMACION PRESUPUESTAL

No. REGISTRO PPTAL	RUBRO PRESUPUESTAL	VALOR REGISTRO PPTAL	GIROS (DETALLE GIROS) ACUMULADO ANTERIOR	VALOR A AFECTAR EN ESTE CORTE	ACUMULADO GIROS	SALDO REGISTRO PPTAL
540	3-2-3-01-15-012-000-C-0001887 Viguti	19.250.000	-	1.375.000	1.375.000	17.875.000
			-	-	-	-
			-	-	-	-
			-	-	-	-
				-	-	-
				-	-	-
	TOTALES	19.250.000	-	1.375.000	1.375.000	**17.875.000**
			OK	OK		OK

SON: (Valor en letras): UN MILLON TRESCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL PESOS

PORCENTAJE DE EJECUCION PRESUPUESTAL ANTES PRESENTE CORTE 0% — **PORCENTAJE EJECUCION PRESUPUESTAL INCLUIDO ESTE CORTE** 7%

7. RESUMEN RECIBOS A SATISFACCION APROBADOS
(REGISTRA EJECUCION FISICA DEL PROYECTO)

No	FECHA	CONCEPTO	VALOR
1	6 MARZO (2022)	1er recibo parcial	1.375.000
2		2do recibo parcial	
3		3er recibo parcial	
4		4to recibo parcial	
5		5to recibo parcial	
6		6to recibo parcial	
7		7mo recibo parcial	
8		8vo recibo parcial	
9		9no recibo parcial	
10		10mo recibo parcial	
11		11mo recibo parcial	
12		12mo recibo parcial	
13		13ro recibo parcial	
14		14to recibo parcial	
15		15to recibo parcial	
16		16to recibo parcial	
17		17mo recibo parcial	
18		18vo recibo parcial	
19		19no recibo parcial	
20		20mo recibo parcial	
21		21ro recibo parcial	
22		22do recibo parcial	
23		23ro recibo parcial	
24		24to recibo parcial	
		TOTAL EJECUTADO	1.375.000
NUEVO SALDO POR EJECUTAR			17.875.000

VALIDACION DE SALDOS

SALDO REGISTRO PRESUPUESTAL	17.875.000
+ (MAS): SALDO POR AMORTIZAR DEL ANTICIPO	-
(-) MENOS: SALDO ACUMULADO RETENCION EN GARANTIA	-
SALDO POR EJECUTAR	17.875.000

OK — EXPLIQUE RAZON DIFERENCIA

PORCENTAJE DE EJECUCION FISICA PRESENTE CORTE: 7%

PORCENTAJE DE EJECUCION FISICA ACUMULADO: 7%

a los 16 dias del mes de MARZO de dosmil veintidos (2022) informe presentado por el contratista con el fin de gestionar el pago UNO (1) LUZ AMANDA ZAMORA BLANCO en cumplimiento de la Cláusula 7 recibe a satisfaccion el del

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA D.C.
SECRETARIA DE GOBIERNO

GESTIÓN CORPORATIVA
GESTIÓN CORPORATIVA INSTITUCIONAL
ALCALDÍA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ART 383 ☑

FORMATO CÁLCULO DE IMPUESTOS

CONTRATO No.	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION	1732022	**FECHA:**	31/03/2022
CONTRATISTA:	DIEGO ENRIQUE BUENO TRIVIÑO		**NIT. o C.C.**	1.013.634.735
PERIODO:	**Del** 1 de marzo de 2022	**Al**	15 de marzo de 2022	
PAGO No.	1	Documento No.	**Cuenta cobro**	1

Responsable IVA ☐ **Pensionado** ☐ **Dependientes** ☐ **Declarante de renta** ☐

PAGO	indicador	CÓDIGO	BASE	%	VALOR
VALOR BRUTO		511180-01(9000)			1.375.000
Retefuente Honorarios	0	2-4-36-03	-	0,00%	0
Retefuente Servicios	0	2-4-36-05	-	0,00%	0
Retefuente Art 383	44	2-4-36-15-02	1.031.250	0,00%	0
Reteiva	40	2-4-36-25	-	0,00%	0
Reteica	39	2-4-36-27	1.375.000	9,66%	13.283
Otros Ajustes de Reten.				0,00	0
TOTAL DESCUENTOS					13.283
NETO A PAGAR		240101-(0100)			1.361.718

GLORIA LUZ CRUZ GIL
Contador F.D.L

DIANA CAROLINA TORRES MORENO
Responsable de Presupuesto F.D.L.

Elaboró:
Aprobó:

PLANILLA MES DEL INGRESO ☐ FEBRERO

1

OBSERVACIONES Y/O NOTAS: OK.RUT.RIT Y CERTIFICADO TRIBUTARIO

VALOR CERTIFICADO DEDUCCION X MES

FECHA DE INICIO	1/03/2022	1/03/2022	Valor cuenta AFC
RUT			Pago por medicina prepagada, planes adicionales de salud y pagos por seguros de
RIT			Valor intereses de vivienda
CERTIFICACION TRIBUTARIA			Aportes voluntario a Fondos de Pensiones
			Deduccion dependientes
			Renta excenta 25% 313.750

Base para pago de salud, pensión y ARL	550.000	VALOR PAGADO	
Aporte obligatorio para salud - 12,5%	68.750	-	REVISAR
Aporte obligatorio para pensión - 16% (+) FSP	88.000	-	REVISAR
Aporte obligatorio ARL	2.871	-	REVISAR
TOTAL APORTES SALUD Y PENSIÓN	159.621	-	REVISAR

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA D.C.

Historial de Pagos por Proveedor

CODIGO DE TERCERO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE IDENTIFICACION	NOMBRE
1005406245	CC	1013634735	DIEGO ENRIQUE BUENO

173/22

Item	Nombre Entidad	Referencia	Numero Documento Contable	POS. CxP	Fecha Contabilización CxP en la Entidad	Fecha Radicación en la Tesorería Distrital	Estado	Fecha de Estado AAAA-MM-DD	Documento Compensación Según Estatus	Forma de Pago	Valor Bruto	Valor Neto	Cuenta bancaria	Fecha Entrega Cheque a ventanilla	Endoso
1	FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE PUENTE ARANDA	CUENTA COBRO 1	3000226751	002	04-abr-22	04-abr-22	PAGADA	06-abr-22	5000515215	Transferencia Giradora	1.375.000	1.361.717	3112634569 AHORROS Nequi		

Detalle de descuentos tributarios

Numero Documento Contable	Descripción	% Descuento	Base Retención	Valor Retención
3000226751	RETEICA 9.66 X MIL	0.9660	1.375.000	13.283
		TOTAL DESCUENTOS		13.283

Informacion presupuestal

Numero Documento Contable	CRP	Posición CRP	PosPre	Fondo	PP
3000226751	5000288212	1	10	1-100-I002	2022

	13-may-22 11:00:34
	Otra información:
*	Si su documento tiene Estatus Registrada, se encuentra en trámite en la entidad ordenadora del pago. Por favor póngase en contacto con la entidad
*	Si su consulta no presenta fecha de pago y tiene un estatus de Rechazada o Anulada, su pago no pudo ser aplicado. Por favor póngase en contacto con la entidad ordenadora del pago

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

EVIDENCIA DE REUNIÓN

DEPENDENCIA Y/O ALCALDÍA RESPONSABLE DE LA REUNIÓN: Planeacion - Deportes

FECHA: 20-5-2022 **VIRTUAL:** ___ **PRESENCIAL:** X **LUGAR** (Enlace Reunión Teams / presencial) presencial

OBJETO DE LA REUNIÓN: Entrega formatos de inscripción.

HORA DE INICIO: 12:00 pm **HORA DE FINALIZACIÓN:** 12:30 pm

ASISTENTES:

NOMBRE	CARGO					TIPO DE VINCULACIÓN				ENTIDAD o DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	FIRMA
	ASESOR	DIRECTIVO	PROFESIONAL	TÉCNICO/ TECNÓLOGO	AUXILIAR	CARRERA	PROVISIONAL	LIBRE NOMB.	CONTRATISTA				
Amanda Zamora			X						X	Planeacion - Deportes	luzamanda511@gmail.com	3138045516	
Diego Bueno T									X	Deportes - ALPA	debueno1@gmail.com	3112634569	

NOTA: En caso de ser una reunión virtual se puede anexar el reporte de asistencia generado por las plataformas de reuniones o plataformas que generen formularios.

CONSENTIMIENTO: El arriba firmante conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declara que conoce y acepta la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Reconoce y acepta que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de sus datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante la Secretaría Distrital de Gobierno – Oficina de Atención al Ciudadano, como responsable del tratamiento; cuya página web es www.gobiernobogota.gov.co y su teléfono de atención es 3387000. Manifiesta que con los datos proporcionados

Montes III
Baloncesto

52
53

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:			
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Deivy Esteban Beltran Huérfano		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1010189881	EPS:	Famisar
FECHA DE NACIMIENTO:	15/03/2008	EDAD:	14
DIRECCIÓN:	Kra 40a # 24S-27	BARRIO:	Ciudad Montes III Sector
TELÉFONO O CELULAR:			

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: _____ LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Libia Rebeca	APELLIDOS:	Huérfano Rojas
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52059617	TELÉFONO:	3004929690
DIRECCIÓN:	Kra 40a # 24S.27	CELULAR:	3004929690

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Carlos Julio	APELLIDOS:	Beltran Aponte.
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	79'700.736	TELÉFONO:	3007218914
DIRECCIÓN:	Kra 40A # 24S-27 APTO 301	CELULAR:	3007218914

FIRMA DEL ACUDIENTE: Libia Huérfano C.C. 52.059.617

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ

X

53
54

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Libia Rebeca Huérfano Rojas, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52059617 de Bogotá, domiciliado en la dirección Kra 90A # 24sur-27, actuando en calidad de acudiente del menor Deivy Esteban Beltrán Huérfano, identificado con la tarjeta de identidad No. 1010189881, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 16 días del mes Mayo de 2022.

Firma: Libia Rebeca H

Nombre: Libia Huérfano R C.C. 52-059-617

54
55

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:	Baloncesto		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Ciudad Montes 3er Sector		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Tomás Bustamante Barrera		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	TI 1011105958	EPS:	Sanitas
FECHA DE NACIMIENTO:	26 DIC 2011	EDAD:	10 años
DIRECCIÓN:	Cll 24 Sur N° 40A-53	BARRIO:	Ciudad Montes III Sector
TELÉFONO O CELULAR:	3502245582 - 3504739724		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: ____ LGTBI: ____

ETNIA: Afro: ____ Room: ____ Indigena: ____

Gitano: ____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Nelly Cristina	APELLIDOS:	Barrera Ruiz
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 1022357786	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	Cll 24 Sur N° 40A-53	CELULAR:	3502245582

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Didier Fernando	APELLIDOS:	Bustamante Gonzalez
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 1016003777	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	Cll 24 Sur N° 40A-53	CELULAR:	3504739724

FIRMA DEL ACUDIENTE: Nelly Barrera C.C. 1022357786

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ

55
56

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Nelly Cristina Barrera Ruiz, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1022357786 de Bogotá, domiciliado en la dirección Cll 24sur Nº 40A-53, actuando en calidad de acudiente del menor Tomás Bustamante Barrera, identificado con la tarjeta de identidad No. 1011059158, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 14 días del mes Marzo de 2022.

Firma: Nelly Barrera

Nombre: Nelly Cristina Barrera Ruiz C.C. 1022357786 Bta

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:			
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Arlin Sebastian Alza Quintero		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1019603357	EPS:	Famisanar PAC
FECHA DE NACIMIENTO:	Bogotá	EDAD:	17 años
DIRECCIÓN:	Cra 40 a 25 sur 11	BARRIO:	Autopista Muzú
TELÉFONO O CELULAR:	3007369224		

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

SI X NO _____ CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: _____ LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Diana Milena	APELLIDOS:	Quintero Ríos
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52200278	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	Cra 40 a 25 sur 11	CELULAR:	3012521489

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

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

FIRMA DEL ACUDIENTE: Diana Quintero C.C. 52200278

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ

56
57
58

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Diana Milena Quintero Ríos ----------, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52200278---------- de Bogotá ----------, domiciliado en la dirección Cra 40 a 25 sur 11 , actuando en calidad de acudiente del menor Arlin Sebastian Alza Quintero ----------, identificado con la tarjeta de identidad No. 1019603357 ----------, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 08 días del mes abril ---------- de 2022.

Firma: Diana Quintero

Nombre: Diana Milena Quintero Ríos C.C. 52200278

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:			
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Mona Gabriela Preciado Gorzon		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1'028.863.466	EPS:	famisanar.
FECHA DE NACIMIENTO:	17/09/2007	EDAD:	14
DIRECCIÓN:	Cra 40B Nº 19-42sur	BARRIO:	Ciudad Montes
TELÉFONO O CELULAR:	321 709 58 67.		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: _____ Femenino: _____ LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Viviana	APELLIDOS:	Gorzon
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	53080260	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	Cra 40B Nº 19-42sur	CELULAR:	3217095867

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Alexander	APELLIDOS:	Preciado
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	80168788	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	Cra 40B Nº 19-42sur	CELULAR:	3015250592

FIRMA DEL ACUDIENTE: [signature] C.C. 53080260 BTA.

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo VIVIANA GARZON, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 53080260 de Bogota, domiciliado en la dirección Cra 40B Nº 19-42 Sur, actuando en calidad de acudiente del menor Maria Gabriela Pacheco Garzon, identificado con la tarjeta de identidad No. 1'028·863·466, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 11 días del mes 04 de 2022.

Firma: VIVIANA GARZÓN

Nombre: VIVIANA GARZON c.c. 53080260 BTA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:			
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Juan David Souza Malagon		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1.028.893.717	EPS:	salud total
FECHA DE NACIMIENTO:	08-oct-2012	EDAD:	9 años.
DIRECCIÓN:	Calle 5 # 40-34	BARRIO:	Primavera
TELÉFONO O CELULAR:	3124470858		

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

SI____ NO____ CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: _____ LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Gloria Stela	APELLIDOS:	Malagon oviedo
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	53.072.977 Bta	TELÉFONO:	3124470858
DIRECCIÓN:	Calle 5 # 40-34	CELULAR:	3124470858

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

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

FIRMA DEL ACUDIENTE: Gloria Stella Malagon Oviedo C.C. 53.072.977

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Gloria Stella Malagón O, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 53072.977 de Bogota, domiciliado en la dirección Calle 5 # 40-34, actuando en calidad de acudiente del menor Juan David Souza Malagón, identificado con la tarjeta de identidad No. 1.028.893.217, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 12 días del mes Marzo de 2022.

Firma: Gloria Stella Malagón O

Nombre: Gloria Stella Malagón O C.C. 53.072977 Bdo

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:			
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Isabella Vargas		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1022391793	EPS:	salud total
FECHA DE NACIMIENTO:	31 - Marzo 2012	EDAD:	9
DIRECCIÓN:	Cll 4a #41a -73	BARRIO:	Primavera
TELÉFONO O CELULAR:	3115899371		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: _____ Femenino: X LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO ____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Judy	APELLIDOS:	Moreno
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52847801	TELÉFONO:	3115899371
DIRECCIÓN:	Cll 4a #41a 73	CELULAR:	

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Luis	APELLIDOS:	Vargas
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1057710045	TELÉFONO:	3132439977
DIRECCIÓN:		CELULAR:	

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 52847801

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ

~~60~~
~~62~~
63

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Judy Astrid Moreno, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52847801 de Bogotá, domiciliado en la dirección Cll 40a #41a-73, actuando en calidad de acudiente del menor Isabella Vargas, identificado con la tarjeta de identidad No. 1022391 793, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 15 días del mes Marzo de 2022.

Firma:

Nombre: Judy Moreno C.C. 52847801

62
63
64

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:	Baloncesto		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Primavera		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Andres Felipe Haldonado Rodriguez		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1.028.789.033	EPS:	Compensar
FECHA DE NACIMIENTO:	03-07-2012	EDAD:	9 años
DIRECCIÓN:	cll 2 G # 41-47	BARRIO:	Jazmin.
TELÉFONO O CELULAR:	3052003854		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: _____ LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Alexandra Rodriguez	APELLIDOS:	Rodriguez.
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52501315	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	cll 2 G #41-47	CELULAR:	3052003854

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Pedro H	APELLIDOS:	Haldonado
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	79899817	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	cll 2 G # 41-47	CELULAR:	3023279889

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 52.501315

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ

62
64
65

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Alexandra Maria Rodriguez, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52501315 de Bogota, domiciliado en la dirección Cll 2 6 # 41-47, actuando en calidad de acudiente del menor Andres Felipe Maldonado Rodriguez identificado con la tarjeta de identidad No. 1028789033, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 15 días del mes Marzo de 2022.

Firma:

Nombre: Alexandra Rodriguez C.C. 52. 501 315

630
65
166

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	Juan manuel Sanabria	AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Primavera		
DEPORTE:	Baloncesto		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Primavera		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Juan Sebastian Bengifo Valencia		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1025524975	EPS:	Nueva EPS
FECHA DE NACIMIENTO:	01/8/2005	EDAD:	17
DIRECCIÓN:	Call 4h #39690	BARRIO:	Primavera
TELÉFONO O CELULAR:	3115864975		

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

SI_____ NO _____ CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: _____ LGTBI: _____

ETNIA: Afro: X Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Luz Mercedes Valencia	APELLIDOS:	Valencia gimenez
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52090699	TELÉFONO:	3125539449
DIRECCIÓN:		CELULAR:	3125539449

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Everth Bengifo	APELLIDOS:	Bengifo hernandez
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:		TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	Call 46 #39691	CELULAR:	3107576069

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 52090699

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ

64
66
67

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Luz Amparo Valencia, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52090699 de Cali, domiciliado en la dirección Cll 46 #39690, actuando en calidad de acudiente del menor Juan Sebastian Arengifo Valencia, identificado con la tarjeta de identidad No. 1025524973, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 10 días del mes 12 de Marzo de 2022.

Firma:

Nombre: Luz Amparo Valencia C.C. 52090699

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:	BALONCESTO		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Justin Arenas Cabrera		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1028789070	EPS:	Capital Salud.
FECHA DE NACIMIENTO:	28 Mayo - 2012	EDAD:	9 años
DIRECCIÓN:	Calle 26 41-30	BARRIO:	Jazmin
TELÉFONO O CELULAR:	3123697336		

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

SI X NO ____ CUAL? Asma

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: ____ LGTBI: ____

ETNIA: Afro: ____ Room: ____ Indigena: ____

Gitano: ____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Dania	APELLIDOS:	Cabrera Rodriguez
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52'824.293	TELÉFONO:	3123697336
DIRECCIÓN:	Calle 26 N°-41-30	CELULAR:	

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	IVAN	APELLIDOS:	Arenas Muñoz
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	79656182	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:		CELULAR:	3146619467489

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 52'824.293

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ

~~105~~
~~66~~
~~68~~
69

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Dania Cabrera Rodriguez, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52'824.293 de Bogotá., domiciliado en la dirección Calle 26 N-41-30, actuando en calidad de acudiente del menor Justin Arenas Cabrera, identificado con la tarjeta de identidad No. 1028789070, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 22 días del mes Marzo de 2022.

Firma:

Nombre: Dania Cabrera R. C.C. 52'824.293

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:	Baloncesto		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Primavera		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Diego Fernando Gómez Espitia		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	T.I. 1014247542	EPS:	Famisanar Subsidiado
FECHA DE NACIMIENTO:	29/Sep/2011	EDAD:	10 años
DIRECCIÓN:	Cra 41A #5-55	BARRIO:	Primavera.
TELÉFONO O CELULAR:	3213628422 - 3205584843		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: _____ LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Angie Tatiana	APELLIDOS:	Espitia Garzón
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	C.C. 1014222929	TELÉFONO:	3213628422
DIRECCIÓN:	Cra 41A #5-55	CELULAR:	Cra 41A #5-55 3213628422.

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Nestor Abel	APELLIDOS:	Noreña urrea
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	93920274	TELÉFONO:	3205584843
DIRECCIÓN:	Cra 41A #5-55.	CELULAR:	

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 1014222929

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo_____, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. _____ de _____, domiciliado en la dirección _____ , actuando en calidad de acudiente del menor _____, identificado con la tarjeta de identidad No._____, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los_____días del mes _____ de 2022.

Firma: _____

Nombre: _____ C.C. _____

~~105~~
68
~~70~~
71

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:			
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Sebastian Moreno díaz		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1034666931	EPS:	Sanitas
FECHA DE NACIMIENTO:	21-11-2011	EDAD:	10 años
DIRECCIÓN:	Cra 41B #4C 24	BARRIO:	Primavera
TELÉFONO O CELULAR:	3105484231		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: _____ LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Janeth	APELLIDOS:	Diaz Mateus
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	24081745	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	Cra 41 B#4C-24	CELULAR:	3137071857

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Godmar	APELLIDOS:	Moreno Perez
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	79988505	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	Cra 41 B #4C-24	CELULAR:	3114443031

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 24.081745

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

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

~~96~~
~~99~~
~~71~~
72

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Janeth Diaz Mateus, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 24081745 de Socita (boy), domiciliado en la dirección Cra 41B #45-24, actuando en calidad de acudiente del menor Sebastian Moreno Diaz, identificado con la tarjeta de identidad No. 1034666931, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 19 días del mes ABRIL. de 2022.

Firma:

Primavera Gio: gonzola

Baloncesto

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	Diego Bueno	AÑO: 22	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Primavera		
DEPORTE:	Basketball		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Primavera.		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Juan Esteban Guluma Rodriguez		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1034669005	EPS:	Compensar
FECHA DE NACIMIENTO:	23/01/2015	EDAD:	7
DIRECCIÓN:	cll 4B #39B-90	BARRIO:	Primavera
TELÉFONO O CELULAR:	3007165823		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACION ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: _____ LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Ivette Rocio	APELLIDOS:	Rodriguez Buitrago
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	39581038	TELÉFONO:	3007165823
DIRECCIÓN:	cll 4B 39B-90	CELULAR:	3007165823

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Mauricio Guluma.	APELLIDOS:	Guluma Arroyo.
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	11229739.	TELÉFONO:	3214587479
DIRECCIÓN:	Fusagasuga.	CELULAR:	3214587479.

FIRMA DEL ACUDIENTE: Ivette R C.C. 39.581.038

FIRMA DEL PROFESOR (A): _____ C.C. 1013634735

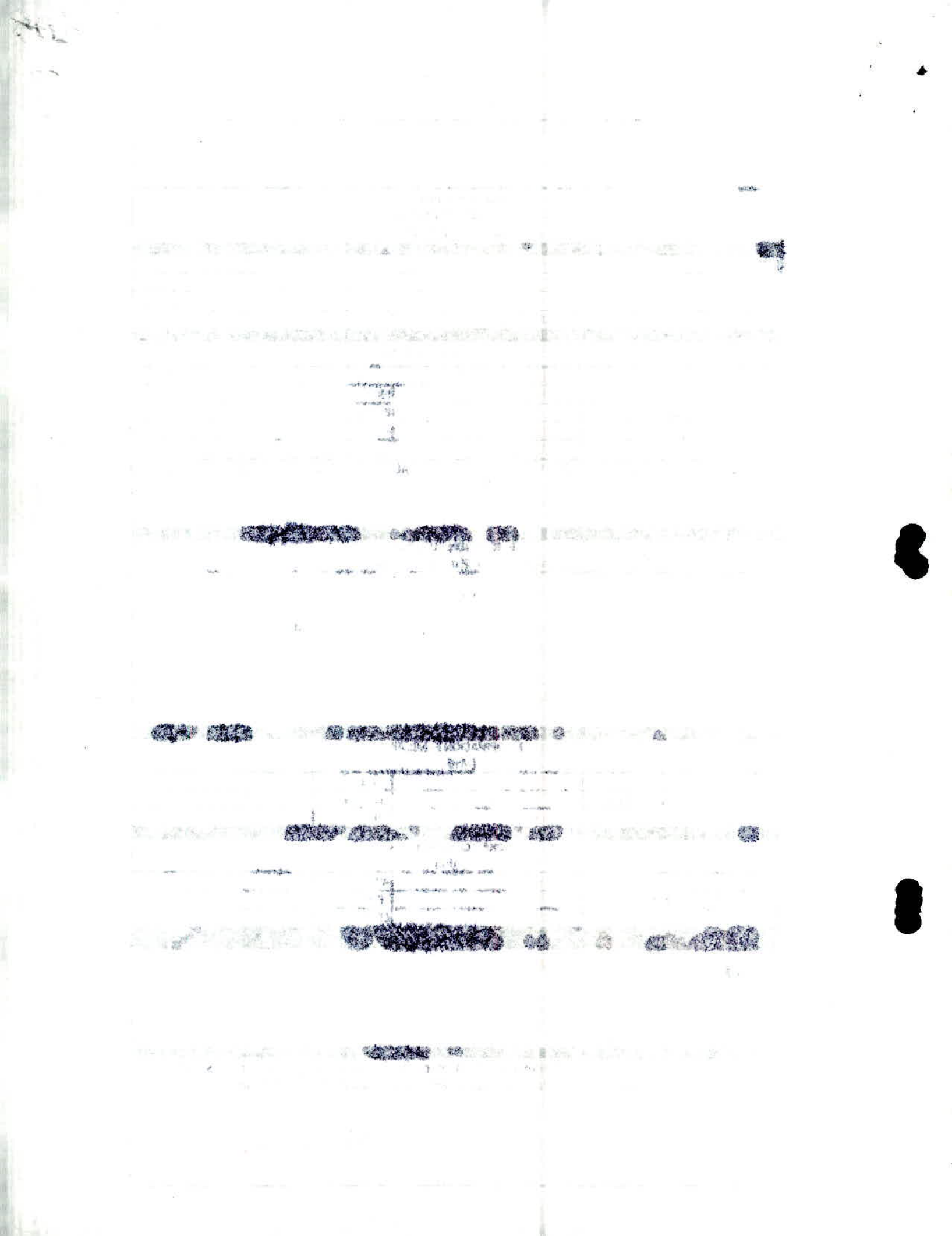
NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica así mismo que participo de las actividades de manera voluntaria y bajo mi responsabilidad

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ

~~70~~ 72 73

1



~~208~~
~~71~~
~~73~~
74

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Ivette Rocio Rodriguez B., identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 39.581.038 de Girardot, domiciliado en la dirección cl 4B N 39B 90, actuando en calidad de acudiente del menor Juan Esteban Gulima Rodriguez, identificado con la tarjeta de identidad No. TI 1034669005, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 19 días del mes Abril de 2022.

Firma: Ivette R

Nombre: Ivette Rodriguez B C.C. 39.581038

Primavera Gorgoncola

Baloncesto

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:			
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Luis David Vargas		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1022420279	EPS:	Salud total
FECHA DE NACIMIENTO:	27- sep -2014	EDAD:	7 años
DIRECCIÓN:	Cll 49 #41a - 73	BARRIO:	Primavera
TELÉFONO O CELULAR:	3115899371		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: _____ LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Judy Marci	APELLIDOS:	Moreno
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52847801	TELÉFONO:	3115899377
DIRECCIÓN:	Cll 49 #41a - 73	CELULAR:	

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Luis Alberto	APELLIDOS:	Vargas
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1057710045	TELÉFONO:	3132439971
DIRECCIÓN:	Cll 49 #41a - 73	CELULAR:	

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 52847801

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ

~~110~~
~~73~~
~~75~~
76

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Judy Astrid Moreno, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52847801 de Bogotá, domiciliado en la dirección cll 4a #41a-73, actuando en calidad de acudiente del menor Luis David Vargas, identificado con la tarjeta de identidad No. 1022420279, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 15 días del mes Marzo de 2022.

Firma:

Nombre: Jud Moreno c.c. 52847801

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:			
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	SELENA ORTIZ PEREZ		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	T.I 1188299952	EPS:	SANITAS
FECHA DE NACIMIENTO:	24 - 12 - 2013	EDAD:	8 años
DIRECCIÓN:	Av. 6 No. 40-57 P.3	BARRIO:	Primavera
TELÉFONO O CELULAR:	3123430986		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: _____ Femenino: X LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	YELIPZA	APELLIDOS:	PEREZ CASTRO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52218402	TELÉFONO:	312 3430986
DIRECCIÓN:	Av 6 No 40-57 P.3	CELULAR:	3123430986

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	LUIS CARLOS	APELLIDOS:	ORTIZ BANDERA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	85 443 191	TELÉFONO:	312 372 1063
DIRECCIÓN:	Av. 6 No 40-57 P.3	CELULAR:	312 372 1063

FIRMA DEL ACUDIENTE: YELIPZA PEREZ C. C.C. 52218402

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ

~~512~~
~~75~~
~~77~~
78

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo YELIPZA PEREZ CASTRO, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52218402 de Bté, domiciliado en la dirección Av. 6 No. 40-57, actuando en calidad de acudiente del menor SELENA ORTIZ PEREZ, identificado con la tarjeta de identidad No. manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 12 días del mes Marzo de 2022.

Firma: YELIPZA PEREZ C

Nombre: Yelipza Pérez C. C.C. 52218402 Bté

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:			
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	SARITA ORTIZ PEREZ		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	T.I 1188219951	EPS:	SANITAS
FECHA DE NACIMIENTO:	24-12-2013	EDAD:	8 años
DIRECCIÓN:	Av. 6 No. 40-57 P.3	BARRIO:	Primavera
TELÉFONO O CELULAR:	3123430986		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL

Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: _____ Femenino: X LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	YELIPZA	APELLIDOS:	PEREZ CASTRO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52218402	TELÉFONO:	3123430986
DIRECCIÓN:	Av. 6 No. 40-57 P.3	CELULAR:	3123430986

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	LUIS CARLOS ORTIZ	APELLIDOS:	ORTIZ BANDERA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	85.443.191	TELÉFONO:	3123721063
DIRECCIÓN:	Av. 6 No. 40-57. P.3	CELULAR:	3123721063

FIRMA DEL ACUDIENTE: YELIPZA PEREZ C. C.C. 52218402 Bta

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ

77
79
80

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo YELIPZA PEREZ CASTRO, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52218402 de Bta, domiciliado en la dirección Av. 6 No. 40-57, actuando en calidad de acudiente del menor SARITA ORTIZ PEREZ, identificado con la tarjeta de identidad No. 1188219951 manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 12 días del mes Marzo de 2022.

Firma: YELIPZA PEREZ C.

Nombre: Yelipza Pérez Castro C.C. 52218402 Bta

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:			
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	David Esteban Machan Pérez		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1019670859	EPS:	Sanitas
FECHA DE NACIMIENTO:	17/03/2009	EDAD:	13
DIRECCIÓN:	AV 6 Nº 40-57	BARRIO:	Primavera
TELÉFONO O CELULAR:	3106199374		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: _____ LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Juany Pérez	APELLIDOS:	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52936040	TELÉFONO:	3106199374
DIRECCIÓN:	AV 6 Nº 40-57	CELULAR:	

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

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

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 52936040

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ

~~316~~
~~79~~
~~81~~
82

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Yurany Pérez Castro, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52936090 de Bogotá, domiciliado en la dirección AV 6 Nº 40-57, actuando en calidad de acudiente del menor David Esteban Merchan Pérez, identificado con la tarjeta de identidad No. 1019670859, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los_____días del mes _____ de 2022.

Firma: _____

Nombre: Yurany Pérez Castro C.C. 52936090

117
82
83

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	parque primavera		
DEPORTE:	BALONCESTO		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	primavera occidental		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Juan esteban lora Gomez		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1034667 315	EPS:	famisanar
FECHA DE NACIMIENTO:	20 abril 2012	EDAD:	9
DIRECCIÓN:	cra 41 #4c-93	BARRIO:	primavera
TELÉFONO O CELULAR:	3103044778 / 3004794980		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: _____ LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Maria Gomez	APELLIDOS:	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1032381023	TELÉFONO:	3103044778
DIRECCIÓN:	cra 41 #4c-93	CELULAR:	3103044778

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Miler	APELLIDOS:	lora franco
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	9432366	TELÉFONO:	3006097685
DIRECCIÓN:		CELULAR:	3006097685

FIRMA DEL ACUDIENTE: Maria A Gomez P C.C. 1032381023

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ

X3 ✓

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Mayra Alejandra Gomez Parra, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1032381023 de Bogotá D.C. domiciliado en la dirección Cr 41 #4C-93, actuando en calidad de acudiente del menor Juan esteban Luna Gomez, identificado con la tarjeta de identidad No. 1031667315, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 22 días del mes mar 20 de 2022.

Firma: Mayra A Gomez P.

Nombre: Mayra Alejandra Gomez Parra C.C. 1032381023

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	OSCAR MEDINA	AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	GORGONZOLA		
DEPORTE:	FUTBOL		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	PRIMAVERA Y GORGONZOLA		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Diego Alfonso Yanez Navas		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	PE: 932680150120	EPS:	Compensar
FECHA DE NACIMIENTO:	15/01/2015	EDAD:	7
DIRECCIÓN:	C/46 #39 b-90	BARRIO:	Primavera
TELÉFONO O CELULAR:	3209204486		

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

SI_____ NO_____CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino:_____ LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI_____ NO X

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Exys Dessire	APELLIDOS:	Navas Lugo
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	PPT 4092496	TELÉFONO:	3209204486
DIRECCIÓN:	C/46# 39b-90	CELULAR:	3209204486

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Emmanuel David	APELLIDOS:	Yanez Lugo
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	PE: 817090901199	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:		CELULAR:	3144073107

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 4092496

Oscar Medina

FIRMA DEL PROFESOR (A): _____ C.C. 1118554262

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Exysd. Navas Pugo, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 4.092496 de Bogota, domiciliado en la dirección Cl 48B#396-90, actuando en calidad de acudiente del menor Diego Al. Yanez NAVAS, identificado con la tarjeta de identidad No. 93266301501201F, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 22 días del mes MARZO de 2022.

Firma: Exys Navas

Nombre: Exysd. Navas P. C.C. 4.092 496

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	DIEGO BUENO	AÑO: 22	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	PARQUE PRIMAVERA		
DEPORTE:	BALONCESTO		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	PRIMAVERA		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	KATHERINE ALEXANDRA RAMIREZ		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1033700557	EPS:	SALUD TOTAL
FECHA DE NACIMIENTO:	SEPT-4-2006	EDAD:	15
DIRECCIÓN:	CRA-41 #5A67	BARRIO:	PRIMAVERA
TELÉFONO O CELULAR:	3209968436		

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

SI____ NO ____ CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: _____ Femenino: X LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	PILAR	APELLIDOS:	PERTUZ
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	28552715	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	CRA-41 #5A67	CELULAR:	3209968436

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	RICHARD	APELLIDOS:	RAMIREZ
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	80748013	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	CALDAS	CELULAR:	

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 28552715

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo PILAR PERTUZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 28552715 de IBAGUE, domiciliado en la dirección CRA-41 #5A67, actuando en calidad de acudiente del menor KATHERINE RAMIREZ, identificado con la tarjeta de identidad No. 1033700557, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 12 días del mes MARZO de 2022.

Firma:

Nombre: PILAR PERTUZ C.C. 28552715

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:			
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Juanita Gama Umaña		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1188214894	EPS:	Compensar
FECHA DE NACIMIENTO:	Feb-17-2011	EDAD:	11
DIRECCIÓN:	Cll 5 40-34	BARRIO:	Primavera
TELÉFONO O CELULAR:	3214044196		

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

SI____ NO____ CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: _____ Femenino: X LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ___ NO X

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Diana	APELLIDOS:	Umaña
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52709864	TELÉFONO:	3214044196
DIRECCIÓN:	Cll 5 # 40-34	CELULAR:	

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Wilmar	APELLIDOS:	Gama
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	80217330.	TELÉFONO:	3053674804
DIRECCIÓN:	Cll 5 # 40-34	CELULAR:	

FIRMA DEL ACUDIENTE: DianaUmaña C.C. 52709864

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Diana Shirley Omaña, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52709864 de Bogotá, domiciliado en la dirección Calle 5 #40-34, actuando en calidad de acudiente del menor Juanita Gema Omaña, identificado con la tarjeta de identidad No. 1188214894, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 19 días del mes Mayo de 2022.

Firma: Diana Omaña

Nombre: Diana Shirley Omaña C.C. 52709864

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	Diego Bueno	AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Barrio Primavera		
DEPORTE:	Baloncesto		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Primavera		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Sebastian Camilo Casallas Pineda		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	T.I 1034665954	EPS:	Sanitas
FECHA DE NACIMIENTO:	02 Oct - 2010	EDAD:	11
DIRECCIÓN:	Calle 4f No 41A-20	BARRIO:	Primavera
TELÉFONO O CELULAR:	3222391054		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: _____ LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Claudia Liseth	APELLIDOS:	Pineda Sanchez
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	CC 1010201343	TELÉFONO:	3123884608
DIRECCIÓN:	Cll 4f No 41A-20	CELULAR:	3222391054

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Cristian Camilo	APELLIDOS:	Casallas
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1010173028	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:		CELULAR:	

FIRMA DEL ACUDIENTE: Claudia Pineda C.C. 1010201343

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ

~~83~~
85
~~88~~
89

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Claudia Lorena Pineda, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1010201343 de Bogotá, domiciliado en la dirección Cll 4f No 41A-20, actuando en calidad de acudiente del menor Sebastian Camilo Castillo, identificado con la tarjeta de identidad No. 1034665954, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 26 días del mes Marzo de 2022.

Firma: Claudia Pineda

Nombre: Claudia Pineda C.C. 1010201343

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:			
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Jeremy David Camacho Sanchez		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1034789013	EPS:	Famisanar
FECHA DE NACIMIENTO:	18 - NOV - 2015	EDAD:	6 años
DIRECCIÓN:	Cll 4f # 41A - 37	BARRIO:	Primavera
TELÉFONO O CELULAR:	3126964747		

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

SI X NO ____ CUAL? Neumonia.

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: _____ LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Dinna Carlin Sanchez	APELLIDOS:	Cabrera
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1026597582	TELÉFONO:	3126964747
DIRECCIÓN:	Cll 4f # 41A - 37	CELULAR:	3008427273

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Kevin	APELLIDOS:	Camacho
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1022422188	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	Tv. 57 # 1-06	CELULAR:	

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 1026597582

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ

~~125~~
87
90
91

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Dinna Darlin Sanchez Cabrera, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1026597582 de Bogotá, domiciliado en la dirección Cll 4f # 41A -37, actuando en calidad de acudiente del menor Jeremy David Camacho Sanchez, identificado con la tarjeta de identidad No. 1034889013, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 15 días del mes marzo. de 2022.

Firma:

Nombre: Dinna Darlin Sanchez C. c.c. 1026597582

~~126~~
88
91
92

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:			
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	JUAN MANUEL SANABRIA TAFUR		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1072106161	EPS:	SALUDTOTAL
FECHA DE NACIMIENTO:	18/ABRIL/2012	EDAD:	9
DIRECCIÓN:	CLL 4A #41A-73 APT. 201	BARRIO:	PRIMAVERA OCCIDENTAL
TELÉFONO O CELULAR:	3005301291 - 3046770986 - 6015105836		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: _____ LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	MAGDA IDETH	APELLIDOS:	TAFUR NIÑO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52193749	TELÉFONO:	3005301291
DIRECCIÓN:	CLL 4A #41A-73	CELULAR:	3005301291

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	MANUEL	APELLIDOS:	SANABRIA CRUZ
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	82391106	TELÉFONO:	6015105836
DIRECCIÓN:	CLL 4A #41A-73	CELULAR:	3046770986

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 52193749

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ

14 ✓

~~87~~
89
~~92~~
93

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo MAGDA IDETH TAFUR NIÑO, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52193749 de BOGOTÁ, domiciliado en la dirección CL 14A #4A-73 AP. 201, actuando en calidad de acudiente del menor JUAN MANUEL SANABRIA TAFUR, identificado con la tarjeta de identidad No. 1072106161, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 12 días del mes MARZO de 2022.

Firma:

Nombre: MAGDA IDETH TAFUR NIÑO C.C. 52193749

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:	Basquetboll		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Primavera		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Juan Sebastian Castillo Galindo		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION:	1019606470	EPS:	Policia Nacional
FECHA DE NACIMIENTO:	24/01/08	EDAD:	14
DIRECCIÓN:	cra 40 #5a 01	BARRIO:	Primavera
TELÉFONO O CELULAR:	3243712052		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: LGTBI:

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ___ NO X

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Rosalba	APELLIDOS:	Galindo
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	40031250	TELÉFONO:	4766656
DIRECCIÓN:	cra 40 #5a 01	CELULAR:	3007309086

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Guillermo	APELLIDOS:	Castillo
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	79404860	TELÉFONO:	4766656
DIRECCIÓN:	Cra 40 #5a 01	CELULAR:	3112108088

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 40031250

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ

~~129~~ 91 ~~94~~ 95

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Rosalba Galindo, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 40031250 de Tunja, domiciliado en la dirección cra 40#5a 01, actuando en calidad de acudiente del menor Juan Sebastian Castillo Galindo identificado con la tarjeta de identidad No. 1019606470, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 26 días del mes Marzo de 2022.

Firma: 

Nombre: Rosalba Galindo A c.c. 40031250

~~130~~
92
95
96

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	Diego Bueno	AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:			
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Miley Sofia Cordero Mendoza		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1.025.541.973	EPS:	famisanar
FECHA DE NACIMIENTO:	29-06-09	EDAD:	12
DIRECCIÓN:	Diagonal 41 # 50-42	BARRIO:	Villa Sonia
TELÉFONO O CELULAR:	3214594923		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: _____ Femenino: X LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Laura Sarahy	APELLIDOS:	Mendoza Caicedo
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1.024.504.597	TELÉFONO:	3214594923
DIRECCIÓN:	Diag. 41 # 50-42	CELULAR:	3214594923

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

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

FIRMA DEL ACUDIENTE: [redacted] C.C. 1.024.504.597 Bta

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ

21

~~131~~
93
~~96~~
97

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Laura Sarahy Mendoza C., identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.024.504.597 de Bogotá., domiciliado en la dirección Diag. 41 # 50-42, actuando en calidad de acudiente del menor Miley Sofia Cordero Mendoza, identificado con la tarjeta de identidad No. 1.025.541.973, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 04 días del mes Mayo de 2022.

Firma: Laura Mendoza

Nombre: Laura Mendoza c.c. 1.024.504.597 Bta.

Futsal
Plaza de la Hoja

94
97
98

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:			
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Steven Smith Lopez Sarmiento		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1.119 712.045	EPS:	Caprecom Atlantico
FECHA DE NACIMIENTO:	13 Mayo - 2014	EDAD:	7 año
DIRECCIÓN:	Kr 32 # 19a 20 Torre 8-303	BARRIO:	Cundinamarca
TELÉFONO O CELULAR:	3004263655		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: _____ LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI X NO ____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Silkis Karina	APELLIDOS:	Sarmiento Maestre
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	40.940.483	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	Kr 32 # 19A 20 TB A303	CELULAR:	3004263655

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Salomon Enrique	APELLIDOS:	Lopez Hernandez
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	72.243.073	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	Riohacha	CELULAR:	318 8059282

FIRMA DEL ACUDIENTE: Silkis Sarmiento Maestre C.C. 40.940.483

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ

Certificado EPS
Recibo Público

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Silkis Sarmiento Maestre, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 40.940.493 de Riohacha, domiciliado en la dirección Kr 32 # 19A-20, actuando en calidad de acudiente del menor Steven Lopez Sarmiento, identificado con la tarjeta de identidad No. 1.119.712.045, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 12 días del mes Marzo de 2022.

Firma: Silkis Sarmiento.

Nombre: Silkis Sarmiento C.C. 40.940.493

~~133~~
95
98
99

DE BOGOTÁ D.C

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:			
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Juan Pablo Diaz Alvarado		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1065644383	EPS:	famisana
FECHA DE NACIMIENTO:	08-01-2010	EDAD:	12
DIRECCIÓN:	cr 32 #19 b-10	BARRIO:	cundinamarca
TELÉFONO O CELULAR:			

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: _____ LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO ____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Luis Jhoicon Alvarado	APELLIDOS:	Alvarado Pulgarin
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	6343237	TELÉFONO:	3107113274
DIRECCIÓN:	cr 32 #19-b-10	CELULAR:	3107113274

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Cesar Alfonso	APELLIDOS:	Diaz
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1082878616	TELÉFONO:	3107113274
DIRECCIÓN:		CELULAR:	3142428640

FIRMA DEL ACUDIENTE:_____ C.C. 63452337

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

BOGOTÁ

2

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Dayis Jhojana Alvarado identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 63452337 de Floridablanca domiciliado en la dirección Blanca, actuando en calidad de acudiente del menor Juan Pablo Diaz, identificado con la tarjeta de identidad No. 1065644382, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los _____ días del mes _____ de 2022.

Firma: _____

Nombre: Dayis Jhojana C.C. 63452337

Futbol.

96
99
100

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
PUENTE ARANDA ACTIVA 2022
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE CLASE:		HORARIO:	

INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE COMPLETO:	Kevin David castilla Valencia		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	TI 1052736216	EPS:	Mutual ser
FECHA DE NACIMIENTO:	01-17-2011	EDAD:	11 años
DIRECCIÓN:	Cra 32 #796-10	BARRIO:	Cundinamarca
TELÉFONO O CELULAR:	3102562703		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: _____ LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

DISCAPACIDAD: SI NO X CUAL?

INFORMACION FAMILIAR
(En caso de emergencia comunicarse con)

NOMBRE COMPLETO:	Monica Valencia Vargas
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	cc 1052735886
TELÉFONO O CELULAR:	3102562703

FIRMA DEL USUARIO: _____ C.C._____

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ

3

CONSENTIMIENTO INFORMADO (EXONERACIÓN)

Yo Monica Valencia Vargas, identificado(a) con cédula de ciudadanía Nº 1052733588 de Villanueva Bol y con domicilio en la dirección cra 32 #196-70, manifiesto y autorizado para participar en el programa Puente Aranda activa de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplircon ellas.

De igual forma, expreso que me encuentro en condiciones médicas y físicas aptas paraasistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación a mi salud y declaro que me encuentroafiliado (a) a la entidad promotora de salud EPS nombrada en la ficha de inscripción.

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Junta de Acción Comunaldel barrio, a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte – IDRD, así como a sus funcionarios y contratistas, por los daños que pudiera sufrir y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por la pandemia Covid-19.

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

Se firma en Bogotá a los 02 días del mes 04 de 2022.

Firma del beneficiario: _____

Nombre: _____

Cédula de Ciudadanía: _____

~~195~~
~~97~~
~~100~~
101

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	Futbol	AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:			
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	SEBASTIAN SNEIDER SAZA MOYA		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1028871964	EPS:	FAMISANAR
FECHA DE NACIMIENTO:	23. MAY 2011	EDAD:	10
DIRECCIÓN:	CLLE 34 C SUR # 88165	BARRIO:	BOSA BRASIL
TELÉFONO O CELULAR:	3059251716		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: _____ LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ___ NO X

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	BRIGITTE MOYA	APELLIDOS:	MOYA MORENO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1033728486	TELÉFONO:	3059251716
DIRECCIÓN:	CLLE 34 CSUR 88165	CELULAR:	

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	FABIO HERNAN	APELLIDOS:	SAZA CRUZ
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1030584246	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	CLLE 34 C SUR 88165	CELULAR:	3059251716

FIRMA DEL ACUDIENTE: ANDREA MOYA C.C. 1033728486

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

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

A

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Andrea Moya Moreno, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1033728486 de Bogotá, domiciliado en la dirección calle 54c sur #88-65, actuando en calidad de acudiente del menor Sebastian Snaider Saza Moya, identificado con la tarjeta de identidad No. 1028871964, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los_____días del mes _____ de 2022.

Firma: _____

Nombre: _____ C.C. _____

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	Futbol	AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Plazoleta Plaza de la hoja		
DEPORTE:	Futbol		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Cundinamarca		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Junior Lopez Sarmiento		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1179395268	EPS:	Caja rep. Atlantico
FECHA DE NACIMIENTO:	04/03/2009	EDAD:	12 años
DIRECCIÓN:	Cra 32 # 19 A 20	BARRIO:	Cundinamarca
TELÉFONO O CELULAR:	3004263655		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: _____ LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: X

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI X NO ____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Silvis Karina	APELLIDOS:	Sarmiento Martinez
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	40940483	TELÉFONO:	3004263655
DIRECCIÓN:	Cra 32 # 19 A 20	CELULAR:	3004263655

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Salomon Hendge	APELLIDOS:	Lopez Hernandez
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	72 243 073	TELÉFONO:	3188059282
DIRECCIÓN:	Maharia guajira	CELULAR:	3188059282

FIRMA DEL ACUDIENTE: Silvis Sarmiento M. C.C. 40940483

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ

~~137~~
~~99~~
~~102~~
103

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Sikis Sarmiento Maestre, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 40.940.483 de Ricaurte, domiciliado en la dirección Cr 32 # 19A-20, actuando en calidad de acudiente del menor Jumir Lopez Sarmiento, identificado con la tarjeta de identidad No. 1119395268, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los_____días del mes _____ de 2022.

Firma: Sikis Sarmiento M.

Nombre: Sikis Sarmiento Maestre C.C. 40.940.483

~~130~~ ~~100~~ 103 104

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:			
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Valentina Salas Davila		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1308223653	EPS:	SURA
FECHA DE NACIMIENTO:	22 de Julio	EDAD:	11
DIRECCIÓN:	KR 32 No 19B	BARRIO:	Palo Quemado
TELÉFONO O CELULAR:	3013734018		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: _____ Femenino: X LGTBI: ____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI X NO ____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Isabel maria	APELLIDOS:	Salas Davila
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	64869694	TELÉFONO:	3013734018
DIRECCIÓN:	KR 32 No 19 B	CELULAR:	3013734018

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

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

FIRMA DEL ACUDIENTE: Isabel salas C.C. 64-869-694

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Isabel María, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. _____ de SINCE, domiciliado en la dirección _____, actuando en calidad de acudiente del menor _____, identificado con la tarjeta de identidad No. 64-869-694 manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los_____días del mes _____ de 2022.

Firma: _____

Nombre: _____ C.C. _____

~~334~~
~~103~~
~~104~~
105

Certificado EPS
Recibo Público

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:			
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Bairon Santiag LaSerna Quevedo		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1072364876	EPS:	Sanitas
FECHA DE NACIMIENTO:	15 de mayo de 2006	EDAD:	15 años
DIRECCIÓN:	Cra 32 # 19B-16 Int 11	BARRIO:	cundinamarca
TELÉFONO O CELULAR:	3203105407		

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

SI_____ NO _____ CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: _____ LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI X NO ___

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Argelia	APELLIDOS:	Quevedo B.
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	38263764	TELÉFONO:	3203105407
DIRECCIÓN:	Cra 32 # 19-A20	CELULAR:	

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Belarmino	APELLIDOS:	LaSerna M.
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	6.013.727	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN: Cra 32 # 19 a 20		CELULAR:	3105948688

FIRMA DEL ACUDIENTE: Argelia Quevedo C.C. 38263764

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ

AV

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Belarmino Loserno, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 6.013.527 de Sta Isabel (to) domiciliado en la dirección cra 32 # 19 a 20 actuando en calidad de acudiente del menor Byron Santiago Loserno, identificado con la tarjeta de identidad No. 1.072 364 876, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 12 días del mes Marzo de 2022.

Firma:

Nombre: Belarmino Loserno C.C. 6.013.527.

~~140~~
102
~~105~~
106

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:			
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Dilan Santiago Giraldo Hernandez		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1023397378	EPS:	Sanitas
FECHA DE NACIMIENTO:	19/Junio/2012	EDAD:	9 años
DIRECCIÓN:	carrera 32 # 19 A 20	BARRIO:	Cundinamarca
TELÉFONO O CELULAR:	3192689348		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: _____ LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI X NO ____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Daniela Hernandez Roman	APELLIDOS:	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1033788854	TELÉFONO:	3192687348
DIRECCIÓN:	carrera 32# 19 A 20	CELULAR:	4639261

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Jhon ricardo	APELLIDOS:	Giralda Cardona
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1010195804	TELÉFONO:	4639261
DIRECCIÓN:	carrera 32# 19 A20	CELULAR:	3112812788

FIRMA DEL ACUDIENTE: Daniela Hernandez C.C. 1033788854

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ

8 V

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Daniela Hernandez roman, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1033788859 de Bogota, domiciliado en la dirección carrera 32 # 19 A20, actuando en calidad de acudiente del menor Dilan santiago Giraldo Hernandez, identificado con la tarjeta de identidad No. 1023397378, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 12 días del mes marzo de 2022.

Firma: Daniela Hernandez

Nombre: Daniela Hernandez c.c. 1033788859

~~141~~
~~103~~
106
107

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:			
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Deivon Ricardo Pantoja Angulo		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1037716940	EPS:	Compensar
FECHA DE NACIMIENTO:	29 de noviembre del 20	EDAD:	14
DIRECCIÓN:	Cra 32 14 A 20	BARRIO:	Centro Morichal
TELÉFONO O CELULAR:	3118834186		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: ____ LGTBI: ____

ETNIA: Afro: ____ Room: ____ Indigena: X

Gitano: ____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI X NO ____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Adriana Angulo	APELLIDOS:	Angulo Mora
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	26437409	TELÉFONO:	3118834186
DIRECCIÓN:	Cra 32 14 A 20	CELULAR:	3043737544 28

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

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

FIRMA DEL ACUDIENTE: Adriana Angulo C.C. 26437409

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Ruben ordoñez moñoz, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 76437409 de [illegible] domiciliado en la dirección Cl 32 16 a 20, actuando en calidad de acudiente del menor Nelson Ricardo Montes Arango, identificado con la tarjeta de identidad No. 76437640 9, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 12 días del mes Marzo de 2022.

Firma: Nelson R. ordoñez M

Nombre: Nelson Ricardo Montes C.C. 1073216940

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:			
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Juan Jose Acosta Pineda		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1.029.284.158.	EPS:	Salud Total
FECHA DE NACIMIENTO:	16 Julio 2009	EDAD:	12.
DIRECCIÓN:	Cir 32 # 19 a 20	BARRIO:	Cundinamarca
TELÉFONO O CELULAR:	3144775395		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: _____ LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI X NO ____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Sofia Pineda	APELLIDOS:	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	64479583	TELÉFONO:	3144775395
DIRECCIÓN:	Cir 32 # 19 a 20	CELULAR:	

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Eliath Jose	APELLIDOS:	Acosta
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	92189546	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	Cir 32 # 19 a 20	CELULAR:	3209464045

FIRMA DEL ACUDIENTE: Sofia Pineda C.C. 64479583

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ

~~113~~
105
108
109

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Sofia Pineda Martinez, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 64479583 de S. Pedro Sucre domiciliado en la dirección Cra 32 #19a 20, actuando en calidad de acudiente del menor Juan José Acosta Pineda, identificado con la tarjeta de identidad No. 1029284158, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 12 días del mes Marzo de 2022.

Firma: Sofia Pineda

Nombre: Sofia Pineda Martinez c.c. 64479583

~~114~~
106
109
110

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:			
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Brandon Stiven Rada Cifuentes		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1024528897	EPS:	Capital Salud.
FECHA DE NACIMIENTO:	20-Abril-2010	EDAD:	11 años
DIRECCIÓN:	Carrera 32 #19A 20	BARRIO:	Cundinamarca
TELÉFONO O CELULAR:	3127110570.		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: _____ LGTBI: ____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI X NO ____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Alba C. Cifuentes	APELLIDOS:	Cifuentes cuy.
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	39627362	TELÉFONO:	3127110570
DIRECCIÓN:	Cra 32 # 19A-20	CELULAR:	

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Claudio	APELLIDOS:	Rada Aragon.
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	93450259	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	Cra 32 # 19A-20	CELULAR:	3127110570.

FIRMA DEL ACUDIENTE: Alba C Cifuentes C.C. 39627362.

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ

17

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Albaemilce Cifuentes, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 39627362 de Fusagasugá domiciliado en la dirección Cra 32 #19A-20 Tii 701 actuando en calidad de acudiente del menor Brandon Stiven Rada Cifuentes, identificado con la tarjeta de identidad No. 1024528897; manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 12 días del mes Marzo de 2022.

Firma: Albaemilce Cifuentes

Nombre: Albaemilce Cifuentes C.C. 39627362.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:			
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Maicol Stiven Funieles Barón		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1.103.111.088	EPS:	Compensar
FECHA DE NACIMIENTO:	10-11-2010	EDAD:	11 AÑOS
DIRECCIÓN:	Cra 32 # 79 B 70	BARRIO:	Cundinamarca
TELÉFONO O CELULAR:	3102009467 - 3103207004		

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

SI____ NO____ CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: _____ LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI X NO ____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Luz Helena	APELLIDOS:	Barón Soto
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	64.479.265	TELÉFONO:	3102009467
DIRECCIÓN:	Cra 32 # 79 B 70	CELULAR:	3103207004

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Gilberto	APELLIDOS:	Funieles Lamboano
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:		TELÉFONO:	3134096669
DIRECCIÓN:		CELULAR:	3134096669

FIRMA DEL ACUDIENTE: Luz Helena Barón C.C. 64.479.265

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ

~~116~~
~~108~~
~~111~~
112

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Luz Helena Barón Soto, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 64.479.265 de San Pedro (S), domiciliado en la dirección Cra 32 #79 B 70, actuando en calidad de acudiente del menor Maicol Stiven Eunieles Barón, identificado con la tarjeta de identidad No. 1.103.777.088 manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 12 días del mes Marzo de 2022.

Firma: Luz Helena Barón

Nombre: Luz Helena Barón Soto C.C. 64.479.265

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:			
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Luiz Alejandro Nora Cruz		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1026552104	EPS:	Capital Salud
FECHA DE NACIMIENTO:	14-09-2004	EDAD:	17 años
DIRECCIÓN:	Cra 32 #19A20	BARRIO:	Cundinamarca
TELÉFONO O CELULAR:	3142337754 - 4795003		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: _____ LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI X NO ____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	María Azucena	APELLIDOS:	Cruz Bocanegra
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	28930254	TELÉFONO:	3142337754
DIRECCIÓN:	Cra 32 #19A20	CELULAR:	4795003

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

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

FIRMA DEL ACUDIENTE: Azucena Cruz C.C. 28930254

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo María Azucena Cruz Bocanegra identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 28930254 de Tolima, domiciliado en la dirección Cra 32 #19A20, actuando en calidad de acudiente del menor Luiz Alejandro Mora Cruz, identificado con la tarjeta de identidad No. 1026 552 104, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 12 días del mes marzo. de 2022.

Firma: Azucena Cruz

Nombre: María Azucena C.C. 28930254

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:			
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	JHony esteban Mora Cruz		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1026555933	EPS:	Capital salud
FECHA DE NACIMIENTO:	30-01-2006	EDAD:	16 años
DIRECCIÓN:	Cra 32 #19-20	BARRIO:	Cundinamarca
TELÉFONO O CELULAR:	3142337754 - 4795003		

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

SI____ NO____ CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: _____ LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI X NO ____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Maria Azucena	APELLIDOS:	Cruz Bocanegra
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	28930254	TELÉFONO:	4795003
DIRECCIÓN:	Cra 32 #19A20	CELULAR:	3142337754

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

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

FIRMA DEL ACUDIENTE: Azucena Cruz C.C. 28930254

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ

Certificado EPS
Recibo Público

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo María Azucena Cruz Bocanegra identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 28930254 de Tolima, domiciliado en la dirección Cra 32 # 19A20, actuando en calidad de acudiente del menor Jhony esteban Mora Cruz, identificado con la tarjeta de identidad No. 1026 555 9333, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 12 días del mes marzo de 2022.

Firma: Azucena Cruz

Nombre: María Azucena Cruz C.C. 28 930 254

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:			
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Isabela Salas Davila		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1032 941 538	EPS:	SUBA
FECHA DE NACIMIENTO:	22 Abril	EDAD:	14
DIRECCIÓN:	KR 32 N° 19 B	BARRIO:	Paloquemao
TELÉFONO O CELULAR:	3013734018		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: _____ Femenino: X LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI X NO ___

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Isabel Maria	APELLIDOS:	Salas Davila
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	64869694	TELÉFONO:	3013734018
DIRECCIÓN:	KR 32 N° 19 B	CELULAR:	3013734018

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

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

FIRMA DEL ACUDIENTE: Isabel salas C.C. 64-869-694

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Isabel María salas, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. _____ de since, domiciliado en la dirección _____, actuando en calidad de acudiente del menor _____, identificado con la tarjeta de identidad No. 644-869-694, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los_____días del mes _____ de 2022.

Firma: _____

Nombre: _____ C.C. _____

~~350~~
112
115
116

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	plazoleta		
DEPORTE:	Futsal		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	cundinamarca		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Juan Felipe Ramos Figueroa		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1144330714	EPS:	
FECHA DE NACIMIENTO:	23/9/2010	EDAD:	11
DIRECCIÓN:		BARRIO:	
TELÉFONO O CELULAR:	379 3307857		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: _____ LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI X NO ____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Yubelly	APELLIDOS:	Figueroa arfunduaga
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1030549836	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:		CELULAR:	

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:		APELLIDOS:	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	10 30	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:		CELULAR:	

FIRMA DEL ACUDIENTE: Yubelly C.C. 1030549836

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

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

ADMINISTRA

JUNTA ADORA

16

~~151~~
143
146
117

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Yobelly Figueroa arbeláez identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1030549836 de Bogota, domiciliado en la dirección cra 32#19A20, actuando en calidad de acudiente del menor Juan pelpe ramos, identificado con la tarjeta de identidad No. 1141330177, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 26 días del mes 03 de 2022.

Firma: Yobelly F

Nombre: Yobelly Figueroa C.C. 1030549836

~~152~~
~~116~~
~~117~~
118

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:			
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Danna Valentina Beltran Ortega		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1023013987	EPS:	Famisanar
FECHA DE NACIMIENTO:	23- Septiembre	EDAD:	7 años
DIRECCIÓN:	C132 #19b10	BARRIO:	Cundinamarca
TELÉFONO O CELULAR:	315 805 7017		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: _____ Femenino: X LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Erica	APELLIDOS:	Ortega Gelvez
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1022996946	TELÉFONO:	3138057017
DIRECCIÓN:	C132 #19b10	CELULAR:	3158057017

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

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

FIRMA DEL ACUDIENTE: Erica Ortega C.C. 1022996946

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

BOGOTÁ

17

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Erica Ortega, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1022996946 de Bogota, domiciliado en la dirección Cr 32 # 19b 10, actuando en calidad de acudiente del menor Danna Beltran, identificado con la tarjeta de identidad No. 1023015987, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 18 días del mes marzo de 2022.

Firma: Erica Ortega

Nombre: Erica Ortega C.C. 1022996946

~~153~~
145
118
119

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:			
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Andres Santiago Ortega Gelves		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1023007643	EPS:	Capital Salud.
FECHA DE NACIMIENTO:	30 Septiembr 2013	EDAD:	8 Años
DIRECCIÓN:		BARRIO:	Cundinamarca.
TELÉFONO O CELULAR:	Cra32 H19 B10 -		3172767583.

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: _____ LGTBI: ____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: ____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI X NO ___

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Yolanda Ortega Gelv	APELLIDOS:	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	27 621 937	TELÉFONO:	3039217
DIRECCIÓN:		CELULAR:	3172767583

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

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

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C._____

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ

16

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Yolanda Ortega Gelves, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 27 621 937 de Arboledas, domiciliado en la dirección Cra 32 # 19 B 10, actuando en calidad de acudiente del menor Andres Santiago Ortega Gelves, identificado con la tarjeta de identidad No. 1023 007643, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 18 días del mes Marzo de 2022.

Firma: Yolanda Ortega

Nombre: Yolanda Ortega Gelves c.c. 27.621.937

~~359~~
~~46~~
~~119~~
120

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:			
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Erick Santiago León Dagua		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1146133363	EPS:	Sanitas
FECHA DE NACIMIENTO:	26 - Oct - 2014	EDAD:	7 años
DIRECCIÓN:	Kvr 32 #19a - 20	BARRIO:	Cundinamarca
TELÉFONO O CELULAR:	3213717941 - 3104802920		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: _____ LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI X NO ____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Yerleny	APELLIDOS:	León Dagua
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	C.C. 1019095208	TELÉFONO:	3213717941
DIRECCIÓN:	Kvr 32 #19a - 20	CELULAR:	

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

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

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 1019095208

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

BOGOTÁ

~~19~~

~~155~~
~~117~~
~~120~~
121

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Yerleny León Dagua, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1019095208 de Bogotá, domiciliado en la dirección Kvr 32 # 19a-20, actuando en calidad de acudiente del menor Erick Santiago León Dagua, identificado con la tarjeta de identidad No. 1146133363, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 19 días del mes Marzo de 2022.

Firma: Yerleny León

Nombre: Yerleny León C.C. 1019095208

~~156~~
~~118~~
124
122

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	Futboll	AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:			
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Michael camilo Chavez Pinilla		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1027 530 960	EPS:	Capital salud
FECHA DE NACIMIENTO:	27 oc. 2010	EDAD:	11 años
DIRECCIÓN:		BARRIO:	
TELÉFONO O CELULAR:	3225863863		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: _____ LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI X NO ____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Martha ines	APELLIDOS:	Pinilla
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52.801.107.	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:		CELULAR:	3225863863

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

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

FIRMA DEL ACUDIENTE: Marta Pinilla C.C. 52801107

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

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

~~20~~

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Martha ines Pinilla., identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52801107 de Boyaca, domiciliado en la dirección CRA., actuando en calidad de acudiente del menor Yichell camilo chavez, identificado con la tarjeta de identidad No. 1.027., manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los_____días del mes _____ de 2022.

Firma: Marta Pinilla

Nombre: Marta Ines Pinilla C.C. 52801107

~~157~~
~~149~~
~~122~~
123

DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Plaza la hoja		
DEPORTE:	Futbol		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Cundinamarca		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Julian Alberto Hernandez Arias		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1025327900	EPS:	Alianzalud
FECHA DE NACIMIENTO:	27/11/2013	EDAD:	8 años
DIRECCIÓN:	crra 32 # 19A 20	BARRIO:	Cundinamarca
TELÉFONO O CELULAR:	3182808015		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: _____ LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: X

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI X NO ___

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Emilse Arias	APELLIDOS:	Arias
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	49,777,534	TELÉFONO:	3182808015
DIRECCIÓN:	crra 32 # 19A 20	CELULAR:	3182808015

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Carlos	APELLIDOS:	Hernandez
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	18970097	TELÉFONO:	3182808015
DIRECCIÓN:	Crra 32 # 19A 20	CELULAR:	3135382256

FIRMA DEL ACUDIENTE: Emilse Arias C.C. 49,777,534

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

BOGOTÁ

24

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Emilse Arias Arias, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 49.777.534 de Valledupar, domiciliado en la dirección Crra 32 # 19A20, actuando en calidad de acudiente del menor Julian Hernandez Arias, identificado con la tarjeta de identidad No. 1025327900, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los _____ días del mes _____ de 2022.

Firma: Emilse Arias

Nombre: Emilse Elena Arias C.C. 49.777.534

158
120
123
124

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:			
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Kuaryair Lambraño Chamorro		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1.104 010 243	EPS:	Nueva EPS
FECHA DE NACIMIENTO:	2006-01-25	EDAD:	16
DIRECCIÓN:	Cra 32 #19 A20	BARRIO:	Cundinamarca
TELÉFONO O CELULAR:	304 350 6925		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: _____ LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Nini Yojana	APELLIDOS:	Chamorro Soto
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1.104 008 688	TELÉFONO:	304 350 6925
DIRECCIÓN:	Cra 32 #19 A20	CELULAR:	304 350 6925

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Alexander de Jesus	APELLIDOS:	Lambraño Flores
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	92.191.899	TELÉFONO:	320 637 3167
DIRECCIÓN:	Cra 13A #3 91	CELULAR:	320 637 3167

FIRMA DEL ACUDIENTE: Nini Yojana Chamorro C.C. 1104008688

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ

22

~~159~~
~~124~~
~~124~~
125

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Nini Yojana chamorro. , identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1104008688 de San pedro., domiciliado en la dirección cr. 32 # 19 a 20 , actuando en calidad de acudiente del menor Keiner Jair Jambrano chamorro, identificado con la tarjeta de identidad No. 1104 010 243 , manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 02 días del mes Abril de 2022.

Firma: Nini Soto

Nombre: Nini yojana chamorro C.C. 1104 008 688

Certificado EPS
Recibo Público

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:			
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Brandon david Loaiza Muñoz		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1029291245	EPS:	capital salud
FECHA DE NACIMIENTO:	22-Octubre-2013.	EDAD:	8
DIRECCIÓN:	CR 32 # 19 B 10	BARRIO:	Cundinamarca
TELÉFONO O CELULAR:	3126610601		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: _____ LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI X NO ___

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Yeni Muñoz	APELLIDOS:	Molano
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1033792451	TELÉFONO:	3126610601
DIRECCIÓN:	CR 32 # 19 B 10	CELULAR:	3126610601

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

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

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 1033792451

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Yeni carolina Muñoz M, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1033792451 de Bogota, domiciliado en la dirección CR 32#19 B10, actuando en calidad de acudiente del menor Brandon david loaiza Muñoz, identificado con la tarjeta de identidad No. 1029291245, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 25 días del mes 03 de 2022.

Firma:

Nombre: Yeni Muñoz M C.C. 1033792451

~~161~~
~~125~~
~~126~~
127

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:			
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Dillan Javier Batista Pareja		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1019112113	EPS:	salud total
FECHA DE NACIMIENTO:	14 de Sep. 2013	EDAD:	8 años
DIRECCIÓN:	Kr. 32 #19A-20	BARRIO:	kandinamarca
TELÉFONO O CELULAR:	3142019193		

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

SI_____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: _____ LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI X NO ____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Aivada	APELLIDOS:	Pareja Juyo
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	33248604	TELÉFONO:	3142019193
DIRECCIÓN:	Cra. 32 #19A-20	CELULAR:	

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

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

FIRMA DEL ACUDIENTE: Aivada Pareja C.C. 33248604

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ

24

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Alvaro Parra Nuevo., identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 3324866 de Villavicencio domiciliado en la dirección Cr 32 #19A-20, actuando en calidad de acudiente del menor Dellan Javier Batista Parra, identificado con la tarjeta de identidad No. 1019112113, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 05 días del mes 03 de 2022.

Firma: Alvaro Parra Nuevo.

Nombre: Alvaro Parra Nuevo. C.C. 3324866

Voleibol
Alqueria

~~125~~
127
128

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:	VOLEIBOL		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	ALQUERIA.		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	HASSAN CARVAJAL RIVERA.		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1112150079	EPS:	COMPENSAR.
FECHA DE NACIMIENTO:	09-JUNIO-2006	EDAD:	15
DIRECCIÓN:	CRA 51f # 37A-16 SUR	BARRIO:	MUZÚ
TELÉFONO O CELULAR:	3203103284		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: _____ LGTBI: ____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	CAROLINA	APELLIDOS:	RIVERA.
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	36.861.517	TELÉFONO:	3505018507.
DIRECCIÓN:	CRA 51f # 37A-16SUR	CELULAR:	3505018507

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	LUIS ALEXANDER	APELLIDOS:	CARVAJAL
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	79.911.429	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	CRA 51f # 37A-16 SUR	CELULAR:	3187551747.

FIRMA DEL ACUDIENTE: CAROLINA RIVERA. C.C. 36.861.517.

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ

A

125
128
129

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo CAROLINA RIVERA, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 36861517 de IBAGUE, domiciliado en la dirección CRA 51F # 37A-16 SUR, actuando en calidad de acudiente del menor HASSAN CARVAJAL RIVERA, identificado con la tarjeta de identidad No. 1112150079, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 5 días del mes MAYO de 2022.

Firma: CAROLINA RIVERA.

Nombre: CAROLINA RIVERA C.C. 36861517.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:			
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	JAVIER SANTIAGO GONZALEZ SANCHEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1025523004.	EPS:	COMPENSAR
FECHA DE NACIMIENTO:	12/JULIO/2004	EDAD:	17 AÑOS 10 MESES
DIRECCIÓN:	CRA 38 SUR #52C 34	BARRIO:	LA ALQUERIA
TELÉFONO O CELULAR:			

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: _____ LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	YULI ANDREA	APELLIDOS:	SANCHEZ OSPINA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	53084226	TELÉFONO:	3115385617
DIRECCIÓN:	CRA 38 SUR #52C 39.	CELULAR:	3115385617

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	JAVIER	APELLIDOS:	GONZALEZ
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	79834590	TELÉFONO:	3225927626
DIRECCIÓN:		CELULAR:	3225927626

FIRMA DEL ACUDIENTE: ANDREA C.C. 53084226

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ

~~126~~
127
130
131

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo YULI ANDREA SANCHEZ OSPINA, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 53089226 de BOGOTA, domiciliado en la dirección CALL 38 SUR #52C 39, actuando en calidad de acudiente del menor JAVIER SANTIAGO GONZALEZ SANCHEZ, identificado con la tarjeta de identidad No. 1025523004, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 17 días del mes MAYO de 2022.

Firma: _____

Nombre: ANDREA SANCHEZ c.c. 53089226

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:			
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Kevin Andres Angulo Gonzalez		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1025520125	EPS: famisanar	
FECHA DE NACIMIENTO:	10 de septi 2003	EDAD:	18
DIRECCIÓN:	C/135asur #91-66	BARRIO:	Calandaima
TELÉFONO O CELULAR:	3168414578		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: _____ LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Paola Alejandra Gonzalez	APELLIDOS:	Gonzalez Guerrero
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1013600016	TELÉFONO:	3209543131
DIRECCIÓN:	C/135asur #91-66	CELULAR:	3209543131

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Carlos Alejandro	APELLIDOS:	Angulo Mayoral
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	79766479	TELÉFONO:	3134907946
DIRECCIÓN:	C/135asur #91-66	CELULAR:	3134907946

FIRMA DEL ACUDIENTE: [signature] C.C. 79766479.

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ

~~125~~
~~132~~
133

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Mauricio Angulo, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 79766479 de Bta, domiciliado en la dirección Cll35sur #91-66, actuando en calidad de acudiente del menor Kevin Andres Angulo Gonzalez, identificado con la tarjeta de identidad No. 1025520125, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los_____días del mes _____ de 2022.

Firma: Mauricio Angulo

Nombre: Mauricio Angulo C.C. 79766479

~~54~~
~~130~~
~~133~~
134

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:			
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Joseph steven. Ramirez Navarrete.		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1141120690	EPS:	Famisanar C.
FECHA DE NACIMIENTO:	Dic-31-2009.	EDAD:	12. Años.
DIRECCIÓN:	Calle 38 sur #52-65	BARRIO:	Alquena.
TELÉFONO O CELULAR:	314 2758928		

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

SI X NO ____ CUAL? Asma- leve.

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: ____ LGTBI: ____

ETNIA: Afro: ____ Room: ____ Indigena: ____

Gitano: ____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Viviana	APELLIDOS:	Navarrete
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52'271.353.	TELÉFONO:	314-2758928
DIRECCIÓN:	Calle 38 sur #52-65	CELULAR:	314 2758928

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

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

FIRMA DEL ACUDIENTE: Viviana N. C.C. 52'271.353.

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ

A

60
134
135

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Viviana Navarrete, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52'271.353 de Bogotá., domiciliado en la dirección Clle 38 sur #52-65., actuando en calidad de acudiente del menor Joseph Steven Ramirez Navarrete, identificado con la tarjeta de identidad No. 1141120690, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 11 días del mes Mayo. de 2022.

Firma: Viviana N.

Nombre: Viviana Navarrete C.C. 52'271.353.

137
135
136

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:	voleibol		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	alquería		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	edwin mateo barbosa ubaque		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1025527640	EPS:	famisanar
FECHA DE NACIMIENTO:	19/10/2005	EDAD:	16
DIRECCIÓN:	Cra 52C N° 43-85 sur	BARRIO:	alquería
TELÉFONO O CELULAR:	3132946305		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: _____ LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	marta liliana ubaque	APELLIDOS:	ubaque
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52 229 136	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	Cra 52C N° 43-85 sur	CELULAR:	320 289 5593

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	isaias	APELLIDOS:	barbosa gutierrez
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	79 207 995	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:		CELULAR:	313 466 0209

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 52.229136 Bta

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ

5

132
136
137

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo martha liliana ubaque, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52 229 136 de Bogotá, domiciliado en la dirección Cra 52C N°43-85 sur, actuando en calidad de acudiente del menor mateo barbosa ubaque, identificado con la tarjeta de identidad No. 1025527640, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 5 días del mes mayo de 2022.

Firma:

Nombre: Martha Liliana Ubaque M. C.C. 52.229.136 Bta

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:			
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Nicole Castañeda Moya		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1039789944	EPS: Nueva	Nueva EPS
FECHA DE NACIMIENTO:	30-01-2017	EDAD: 5	5
DIRECCIÓN:	Cll39#52926 Sur	BARRIO: 16	Alquería
TELÉFONO O CELULAR:	3133328874		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: _____ Femenino: X LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Laura Camila	APELLIDOS:	Moya Rivera
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1022378107	TELÉFONO:	3133328874
DIRECCIÓN:	Cll39#52926Sur	CELULAR:	3012429537

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Carlos Eduardo	APELLIDOS:	Castañeda Rangel
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1020531074	TELÉFONO:	3012429537
DIRECCIÓN:	Calle 39 #52a26Sur	CELULAR:	3133328874

FIRMA DEL ACUDIENTE: Laura Camila Moya Rivera C.C. 1022378107

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ

134
~~138~~
139

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	DIEGO	AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:			
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Dana Isabella Restrepo Molina		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1025556087	EPS:	NUEVA EPS
FECHA DE NACIMIENTO:	13 de ABRIL 2015	EDAD:	6 AÑOS
DIRECCIÓN:	Calle 39 SUR-52-43	BARRIO:	ALQUERIA
TELÉFONO O CELULAR:	3125505515		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: _____ Femenino: X LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	DISNEY CAROLINA	APELLIDOS:	MOLINA Maldonado
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1022361482	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	Calle 39S #52-43	CELULAR:	3125505515

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	JUAN CARLOS	APELLIDOS:	RESTREPO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1112766170	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	Calle 39S #52-43	CELULAR:	3143393171

FIRMA DEL ACUDIENTE: CAROLINA MOLINA C.C. 1022361482

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ

7

~~135~~
139

140

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:			
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Santiago silva Gonzalez		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1141 118 563	EPS:	Compensar
FECHA DE NACIMIENTO:	07 - NOV. - 2008	EDAD:	13 AÑOS
DIRECCIÓN:	Clle 42A # 53-10 sur	BARRIO:	Alqueria
TELÉFONO O CELULAR:	3112084619		

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

SI____ NO____ CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: ____ LGTBI: ____

ETNIA: Afro: ____ Room: ____ Indigena: ____

Gitano: ____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Victoria Silva	APELLIDOS:	Silva Gonzalez
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	55060003	TELÉFONO:	2707632
DIRECCIÓN:	Clle 42A # 53-10 sur	CELULAR:	3112094619

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

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

FIRMA DEL ACUDIENTE: Victoria Silva C.C. 55060003

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

8

REMISION

COATS CADENA ANDINA S.A
NIT. 890.900.265-6

Coats Cadena Andina

REMISIÓN No.	FECHA PICKING
600766888	

SOLICITANTE:
NOMBRE CLIENTE: INTEXSIL M&S SAS
TELÉFONO: 3112084619
DIRECCIÓN: CALLE 42 A # 53 - 10 SUR
CIUDAD: BOGOTA PAIS: Colombia
NIT: 9007353471

DESTINATÁRIO MERCANCIA:
NOMBRE CLIENTE: INTEXSIL M&S SAS
TELÉFONO: 3112084619
DIRECCIÓN: CALLE 42 A # 53 - 10 SUR
CIUDAD: BOGOTA PAIS: Colombia
NIT: 9007353471

ORDEN COMPRA:	FECHA PEDIDO:	PESO TOTAL :
030322	03.03.2022	0.728

TEXTO:

REFERENCIA	DESCRIPCIÓN	REF. CLIENTE	CANTIDAD
2925050-C7969	Epic 50T60 2500M CONE PPC		4.000

SEPARADO POR:	EMPACADO POR:

Servicio al Cliente
Bogotá (1) 741 35 90
Medellín (4) 378 60 05 Resto del País 01 8000 944 633
Pereira (6) 339 82 05 Escríbenos a: sac@coats.com

RECIBE

FIRMA Y SELLO

136
140
141

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Victoria Silva Gonzalez, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 55060003 de Guizon, domiciliado en la dirección Cll 42A # 53-10 sur, actuando en calidad de acudiente del menor Santiago Silva Gonzalez, identificado con la tarjeta de identidad No. 1141-118563, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

REMISION

COATS CADENA ANDINA S.A
NIT. 890.900.265-6

Coats Cadena Andina

REMISIÓN No.	FECHA PICKING
600766078	

SOLICITANTE:
NOMBRE CLIENTE: INTEXSIL M&S SAS
TELÉFONO: 3112084619
DIRECCIÓN: CALLE 42 A # 53 - 10 SUR
CIUDAD: BOGOTA PAIS: Colombia
NIT: 9007353471

DESTINATÁRIO MERCANCIA:
NOMBRE CLIENTE: INTEXSIL M&S SAS
TELÉFONO: 3112084619
DIRECCIÓN: CALLE 42 A # 53 - 10 SUR
CIUDAD: BOGOTA PAIS: Colombia
NIT: 9007353471

ORDEN COMPRA:	FECHA PEDIDO:	PESO TOTAL :
SM150222	15.02.2022	0.941

TEXTO:

REFERENCIA	DESCRIPCIÓN	REF. CLIENTE	CANTIDAD
5091120-62AVA	Cometa 120T27 5000YD CONE SSP		1.000
TIJ0014.C180.10	180SN-10 TIJERA SASTRERIA		

SEPARADO POR:	EMPACADO POR:

Servicio al Cliente
Bogotá (1) 741 35 90
Medellín (4) 378 60 05
Pereira (6) 339 82 05
Resto del País 01 8000 944 633
Escríbenos a: sac@coats.com

RECIBE

FIRMA Y SELLO

137
141
142

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:			
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Alqueria		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Maria Camila Arciniegas M		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1034187902	EPS:	Sanitas.
FECHA DE NACIMIENTO:	22/OCT/2014	EDAD:	7 años
DIRECCIÓN:	Calle 37 sur #5A-50	BARRIO:	alcala
TELÉFONO O CELULAR:	3213563657		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: _____ Femenino: X LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	PAOLA Martinez V.	APELLIDOS:	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1032447547	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	Calle 37 sur #5A-50	CELULAR:	3213563657

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Cristhian Camilo	APELLIDOS:	Arciniegas
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1031130965	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	Calle 37 sur #5A-50	CELULAR:	3127278401

FIRMA DEL ACUDIENTE: PAOLA Martinez V C.C. 1032447547

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ

9

~~138~~
142
143

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Yuly Paola Martinez U., identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1032449754 de Bogotá, domiciliado en la dirección Calle 37 sur #53A-30, actuando en calidad de acudiente del menor Maria Camila Arciniegas M, identificado con la tarjeta de identidad No. 1031783702, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 21 días del mes Abril de 2022.

Firma: _____
Firma: _____

1397
143
144

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Parque la Union Alquería		
DEPORTE:	Voleibol		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Alquería		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Sarah Antonella Mora Martinez		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1013 674 133	EPS:	Ponal
FECHA DE NACIMIENTO:	13/06/2015	EDAD:	6
DIRECCIÓN:	Calle 37 sur # 51B-04	BARRIO:	Alcala
TELÉFONO O CELULAR:			

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

SI X NO ____ CUAL? Asma controlada

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: ____ Femenino: X LGTBI: ____

ETNIA: Afro: ____ Room: ____ Indigena: ____

Gitano: ____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Ximena Martinez	APELLIDOS:	Martinez Sarmiento
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1013 593088	TELÉFONO:	3104815402
DIRECCIÓN:	Calle 37 sur #51B-04	CELULAR:	3104815402

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Leonel Alexis	APELLIDOS:	Mora Auto
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1077968622	TELÉFONO:	3123232167
DIRECCIÓN:	Calle 37 sur 51B-04	CELULAR:	3123232167

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 1013593088

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ

70

140
144
145

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Ximena Alexandra Nostnez, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1013 593088 de Bogota, domiciliado en la dirección calle37 sur 51B -04, actuando en calidad de acudiente del menor Sarah Antonella Mora Martinez, identificado con la tarjeta de identidad No. 1013 674 133, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los_____días del mes _____ de 2022.

Firma: Ximena Nostnez

Nombre: Ximena Nostnez. C.C. 1013 593088

144
145
146

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Alquería Parque la Unión		
DEPORTE:	Voleibol		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Alquería		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Ashly Sophia Mora Martinez		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	T.I 1029 148 424	EPS:	Ponal
FECHA DE NACIMIENTO:	05/04/2010	EDAD:	
DIRECCIÓN:	Calle 37 Sur #51B-04	BARRIO:	Alcala
TELÉFONO O CELULAR:	3104815402.		

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

SI X NO ____ CUAL? Asma Controlada

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: ____ Femenino: X. LGTBI: ____

ETNIA: Afro: ____ Room: ____ Indigena: ____

Gitano: ____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Ximena Alexandra	APELLIDOS:	Martinez Sarmiento
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1013 503088.	TELÉFONO:	3104815402
DIRECCIÓN:	calle 37 Sur #51B-04	CELULAR:	3104815402

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Leonel Alexis	APELLIDOS:	Mora Ayala
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1077 968 522	TELÉFONO:	3123232167
DIRECCIÓN:	calle 37 Sur #51B-04	CELULAR:	312 3232167.

FIRMA DEL ACUDIENTE: Ximena M C.C. 1013 503088

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ

11 ✓

142
146
147

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Ximena Alexandra Martinez, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1013593088 de Bogotá, domiciliado en la dirección Calle 37 Sur #51B-04, actuando en calidad de acudiente del menor Ashly Sophia Mora Martinez, identificado con la tarjeta de identidad No. 1029 148 424, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los_____días del mes _____ de 2022.

Firma: Ximena

Nombre: Ximena Martnez C.C. 1013593088

443
147
148

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:			
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Alquería		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Jerónimo Cfuentes Barbosa		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1013150400	EPS:	Compensar
FECHA DE NACIMIENTO:	08 feb 2016	EDAD:	6 años
DIRECCIÓN:	Cra 52b #37a69S	BARRIO:	Alquería
TELÉFONO O CELULAR:	3142367124		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: _____ LGTBI: ____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Angie Paola	APELLIDOS:	Barbosa R
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1013591800	TELÉFONO:	3144665865
DIRECCIÓN:	Cra 52b #37a69S	CELULAR:	3144665865

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Carlos Eduardo	APELLIDOS:	Cfuentes R
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	80903603	TELÉFONO:	3142367124
DIRECCIÓN:	Cra 52b #37a69S	CELULAR:	3142367124

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 1013591800

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ

17

149
148
149

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Angie Paola Barbosa B, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1013591800 de Bogota, domiciliado en la dirección Cra 52b # 37a - 69 sur, actuando en calidad de acudiente del menor Jeronimo Cfuentes Barbosa, identificado con la tarjeta de identidad No. 1013150900, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 17 días del mes Marzo de 2022.

Firma:

Nombre: Angie Paola Barbosa c.c. 1013591800

145
149
150

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	Diego	AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Parque Cooper		
DEPORTE:	Voleibol		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Alquería.		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Paula Sofia Rado Rodriguez		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1013126169	EPS:	Compensar.
FECHA DE NACIMIENTO:	16-03-2009	EDAD:	13.
DIRECCIÓN:	Cl 40A + 50A-41 S	BARRIO:	Muzu
TELÉFONO O CELULAR:	3229027994.		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: _____ Femenino: X LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Carolina	APELLIDOS:	Rodriguez R.
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52933633	TELÉFONO:	3229027994.
DIRECCIÓN:	Cl 40A + 50A-41 S	CELULAR:	3229027994.

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

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

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 52 933 633

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ

A5

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Carolina Rodriguez Rivera., identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52933633 de Bogota., domiciliado en la dirección Cl 40A # 50A-41 sur. actuando en calidad de acudiente del menor Paola sofia Rada Rodriguez., identificado con la tarjeta de identidad No. 1013126169, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 22 días del mes Marzo de 2022.

Firma:

Nombre: Carolina Rodriguez R. C.C. 52933633

146
150
151

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	Diego Bueno	AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Parque la Unión		
DEPORTE:	Voleibol		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Barrio la Alqueria		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Sara Sofia Gonzalez Chirivi		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1.025.555.223	EPS:	Famisanar - Cafesalud
FECHA DE NACIMIENTO:	Enero-06-2015	EDAD:	7 años
DIRECCIÓN:	Cll 38A N 52-80 Sur P1	BARRIO:	Alqueria
TELÉFONO O CELULAR:	310-7952392 - 311-8775865 - 6017242248		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: _____ Femenino: X LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Sandra Marcela	APELLIDOS:	Chirivi Bobón
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52935891 Bta	TELÉFONO:	601-7242248
DIRECCIÓN:	Cll 38A N 52-80 Sur P2	CELULAR:	310-7952392

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

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

FIRMA DEL ACUDIENTE: Sandra Marcela Chirivi Bobón C.C. 52935891 Bta

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ

AA

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Sandra Marcela Chirivi Barbón, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52935891 de Bogota, domiciliado en la dirección Cll 38 A N. 52 80 Sur P-2, actuando en calidad de acudiente del menor Sara Sofia Gonzalez Chirivi, identificado con la tarjeta de identidad No. 1025555223, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 22 días del mes Marzo de 2022.

Firma: Sandra Marcela Chirivi Barbón

Nombre: Sandra Marcela Chirivi Barbón C.C. 52935891

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:			
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Sharit Natalia Villarraga Cailedo		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1025532976	EPS:	Compensar
FECHA DE NACIMIENTO:	1 de Febrero 2007	EDAD:	15
DIRECCIÓN:	Calle 38Sur No 52-53	BARRIO:	Algoeria
TELÉFONO O CELULAR:	3184509514		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: _____ Femenino: X LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Maria de Pilar	APELLIDOS:	Cailedo Nieto
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	51658128	TELÉFONO:	3176465259
DIRECCIÓN:	Calle 38Sur No 52-53	CELULAR:	3176465259

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

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

FIRMA DEL ACUDIENTE:_____ C.C. 51658128

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ

148
~~152~~
153

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo María del pilar Cailedo Nieto, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 51658178 de Bogota D.C domiciliado en la dirección Calle 38Sur No 52-53, actuando en calidad de acudiente del menor Sharit Natalia Villarraga Cailedo, identificado con la tarjeta de identidad No. 1025532976, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 24 días del mes Marzo de 2022.

Firma: _____

Nombre: María del Pilar Cailedo N. C.C. 51.658.128

149
153
154

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:	boleibol		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Angel Calderon Rondon		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1012358708	EPS:	Sanitas
FECHA DE NACIMIENTO:	25 de Septiembre	EDAD:	14
DIRECCIÓN:	Calle 31 sur 52a-41	BARRIO:	El Tejar
TELÉFONO O CELULAR:			

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: _____ LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI X NO ____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Yuli	APELLIDOS:	Rondon
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1030.522.824	TELÉFONO:	3213372067
DIRECCIÓN:	Calle 31 sur 52a 41	CELULAR:	

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

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

FIRMA DEL ACUDIENTE: Yuli Rondon C.C. 1030522824

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ

16

~~150~~
154
155

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Yuli Rondon, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1030.522824 de Bogota, domiciliado en la dirección _____, actuando en calidad de acudiente del menor Angel Alexander Cardenas Rondon, identificado con la tarjeta de identidad No. 1017358108, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 29 días del mes Marzo de 2022.

Firma: Yuli Rondon

Nombre: Yuli Rondon C.C. 1030.522824

151
155
156

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE GOBIERNO

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:			
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Tique Monjarres Paola Brigith		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1025540854	EPS: Sanitas	
FECHA DE NACIMIENTO:	20 de enero 2009	EDAD: 13	
DIRECCIÓN:	Cll 38 sor #52-49	BARRIO:	Alquería de las telas
TELÉFONO O CELULAR:	3134321060 - 4772217 - 3123002421		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: _____ Femenino: X LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Diana Brigith	APELLIDOS:	Monjarres Serrano
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1032419978	TELÉFONO:	3168880576
DIRECCIÓN:	Cll 38 sor #52-49.	CELULAR:	3168880576

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Paulino	APELLIDOS:	Tique Benavides
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	80796026.	TELÉFONO:	3134321060
DIRECCIÓN:		CELULAR:	3134321060

FIRMA DEL ACUDIENTE: [signature] C.C. 39552012

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ

17

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Paulino Tique Benavides, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 80795026. de Bogota, domiciliado en la dirección Calle 38 SUR #62-49, actuando en calidad de acudiente del menor Paula Brayith Tique Manjarres, identificado con la tarjeta de identidad No. 1025540854, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 04 días del mes marzo de 2022.

Firma: Paulino Tique.

Nombre: Paulino Tique Benavides C.C. 80795026

~~152~~
156
157

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:			
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Sergio Barbosa Quintero		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1028621483	EPS:	Compensar
FECHA DE NACIMIENTO:	12 - 06 - 2012	EDAD:	9 años
DIRECCIÓN:	Cra 52 bis # 37a - 42	BARRIO:	Alquería
TELÉFONO O CELULAR:	3208805639		

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

SI____ NO____ CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: _____ LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Pieranyely	APELLIDOS:	Quintero Morales
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52 235 222	TELÉFONO:	312 6680558
DIRECCIÓN:	Cra 52 bis # 37a 42 Sur	CELULAR:	

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Albert	APELLIDOS:	Barbosa Beltrago
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	80 220 969	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	Cra 52 bis # 37a 42 Sur	CELULAR:	3208805639

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 80 220 969

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ

10

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Albeit Barbosa, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 80 220 969 de Bogotá, domiciliado en la dirección Cra 52bis # 37a 42 sur, actuando en calidad de acudiente del menor Sergio Barbosa Quintero, identificado con la tarjeta de identidad No. 1028621483, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

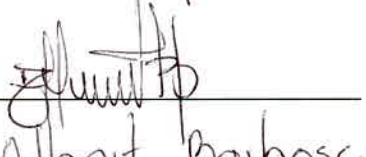
De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 9 días del mes Marzo de 2022.

Firma: 

Nombre: Albeit Barbosa C.C. 80 220 969

153
157
158

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:			
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Mariana Silva Gonzalez		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1141113562	EPS:	Compensar
FECHA DE NACIMIENTO:	07-01-2008	EDAD:	13
DIRECCIÓN:	Cll 42A #53-10 sur	BARRIO:	Alquerra
TELÉFONO O CELULAR:	311		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: _____ Femenino: X LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Victoria Silva	APELLIDOS:	Silva Gonzalez
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	55060003	TELÉFONO:	3112094619
DIRECCIÓN:	Cll 42A #53-10 Sur	CELULAR:	

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

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

FIRMA DEL ACUDIENTE: Victoria Silva C.C. 55060003

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ

19

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Victoria Silva Gonzalez, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 55060003 de Garzon, domiciliado en la dirección Calle 42A #53-10 Sur, actuando en calidad de acudiente del menor Mariana Silva Gonzalez, identificado con la tarjeta de identidad No. 1141.119562, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 09 días del mes Marzo de 2022.

Firma: Victoria Silva Gonzalez

Nombre: Victoria Silva C.C. 55060003

~~159~~
~~158~~
159

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
RECREACIÓN Y DEPORTE

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:			
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	MICHELL PEÑUELA PALACIOS		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1025143900	EPS:	COMPENSAR.
FECHA DE NACIMIENTO:	AGOSTO-03-2008	EDAD:	13 AÑOS
DIRECCIÓN:	Cll 38 Sur # 52-41	BARRIO:	ALQUERIA.
TELÉFONO O CELULAR:	3124725265.		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: _____ Femenino: X LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	DIANA PATRICIA	APELLIDOS:	PALACIOS DELGADO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52437395	TELÉFONO:	4883985
DIRECCIÓN:	Cll. 38 Sur # 52-41	CELULAR:	3124725265

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

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

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 52437395.

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ

20

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Diana Patricia Palacios Delgado, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52 437 395 de Bogotá, domiciliado en la dirección Cll. 38 Sur # 52 - 41, actuando en calidad de acudiente del menor Yisbell. Peñuela Palacios, identificado con la tarjeta de identidad No. 1025143900, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los _____ días del mes 7/2020. de 2022.

Firma: _____

Nombre: Diana Patricia Palacios Delgado C.C. 52437395

155
159
160

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:			
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Isabella Cifuentes Barbosa		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1013128194	EPS:	Compensar
FECHA DE NACIMIENTO:	22-sep-2009	EDAD:	12 años
DIRECCIÓN:	Cra 52b # 39a-69 S	BARRIO:	Alqueria
TELÉFONO O CELULAR:	3142367124 - 3144665865		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: _____ Femenino: X LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Angie Paola	APELLIDOS:	Barbosa Buitrago
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1013591800	TELÉFONO:	31
DIRECCIÓN:	Cra 52b # 39a-69 S	CELULAR:	3144665865

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Carlos Eduardo	APELLIDOS:	Cifuentes Rodriguez
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	80903603	TELÉFONO:	6619231
DIRECCIÓN:	Cra 52b # 39a-69 S	CELULAR:	3142367124

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 1013591800

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Angie Paola Barbosa, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1013591800 de Bogotá, domiciliado en la dirección Cra 52b #39a 69 sur, actuando en calidad de acudiente del menor Isabella Cifuentes Barbosa, identificado con la tarjeta de identidad No. 1013128194, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Localde Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2022.

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

Declaro también que conozco las medidas adoptadas en el artículo 5 del decreto 193 del 26 de agosto de 2020 (Nueva Realidad), 184 en el cual se establecen las medidas básicas de bioseguridad para los habitantes de Bogotá la resolución 1840 del 14 de octubre del 2020 y la resolución 666 del 24 de abril de 2020 y me comprometo a cumplir con ellas.

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 02 días del mes marzo de 2022.

Firma:

Nombre: Angie Paola Barbosa C.C. 1013591800.

156
160
161

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2022
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:			
DEPORTE:	voleibol		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Elio Antonio Stanley López		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	5356298	EPS:	
FECHA DE NACIMIENTO:	11-09-2008	EDAD: 13	
DIRECCIÓN:	av. Primera de mayo 51 B06	BARRIO:	San Eusebio
TELÉFONO O CELULAR:	3003199014		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: _____ LGTBI: X

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Nahelis López	APELLIDOS:	mendoza
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	19.727.371	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	av. Primera de mayo 51 B06	CELULAR:	3003199014

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Daniel Alejandro	APELLIDOS:	Stanley Rivero
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	17.782.810	TELÉFONO:	3012654797
DIRECCIÓN:	av. Prmr. mayo 51 B06	CELULAR:	

FIRMA DEL ACUDIENTE: Nahelis C.C. 19727371

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

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ

22

161
162

ALCALDÍA LOCAL DE PUENTE ARANDA
FONDO DE DESARROLLO LOCAL

RECIBO A SATISFACCION PERSONA NATURAL No. 3 PARCIAL X FINAL

(FORMATO DE AUTOCONTROL. Versión 2022-1)

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL	DD	MM	AA	Y EL	DD	MM	AA
	16	de ABRIL	de 2022		15	de MAYO	de 2022

CLASE DE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No. 173 VIGENCIA 2022

1. INFORMACION DEL CONTRATISTA

RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA :	Diego Enrique Bueno Triviño			C.C. No.	1.013.634.735
DIRECCIÓN:	Cra 42 # 1c-16	TELEFONO	3112634569	CORREO ELECTRONICO	debuenot@gmail.com

		INFORMACION BANCARIA		
		ENTIDAD BANCARIA	CLASE DE CUENTA	No. CUENTA
CEDENTE (Si hubo cesion, escriba el nombre de quien lo cedio)	0	NEQUI	AHORROS	3112634569
NIT ó C.C. CONTRATISTA QUE CEDIO EL CONTRATO	0			

INFORMACION PARA ENDOSO DE PAGO A UN TERCERO

NOMBRE BENEFICIARIO ENDOSO	NIT o C.C	VALOR A ENDOSAR	ENTIDAD BANCARIA	CLASE DE CUENTA	No. CUENTA
0	0	0	0	0	0

2. INFORMACION DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO:

Prestar sus servicios como instructor de formación deportiva en la ejecución de las actividades previstas para la implementación de los programas, procesos de formación deportiva y la estrategia de cuidado en el territorio en la localidad de Puente Aranda.

FORMA DE PAGO

a) El primer pago se cancelara mes vencido, en proporción a los dias ejecutados desde su fecha de inicio y hasta el último dia del mes
b) 7 pagos mensuales vencidos de $2.750.000 (Dos Millones Setecientos Cincuenta Mil Pesos) M/Cte previa presentación de los siguientes documentos:
a. Informe de actividades mensual debidamente firmado por el supervisor de contrato, el apoyo a la supervisión (si aplica) y el contratista
b. Certificado de cumplimiento expedido por el supervisor del contrato.
c. Copia de la planilla de pago de los aportes al régimen de seguridad social integral en proporción al valor devengado en el mes anterior, de acuerdo con lo consagrado en el Decreto 1273 de 2018. Nota: Para efectos del último pago, deberá entregar "Formato de Control de Retiro", debidamente diligenciado y firmado por quienes corresponda.

	VALOR CONTRATO	RECURSOS FDLPA
VALOR INICIAL	-	19.250.000
ADICIONES		
VALOR ADICION 1	-	-
VALOR ADICION 2	-	-
VALOR ADICION 3		-
VALOR ADICION 4		-
VALOR TOTAL DEL CONTRATO Y/O CONVENIO(APORTES FDLPA)	-	19.250.000

19.250.000

FECHAS		EJECUCION EN	MES (ES)	DIAS
FECHA DE INICIO	1/03/2022	PLAZO INICIAL	7	0
TERMINACION INICIAL	30/09/2022			
PRORROGAS				
FECHA PRORROGA 1	N/A	No MESES PRORROGA 1	0	0
FECHA PRORROGA 2	N/A	No MESES PRORROGA 2	0	0
FECHA PRORROGA 3	N/A	No MESES PRORROGA 3	0	0
FECHA PRORROGA 4	N/A	No MESES PRORROGA 4	0	0
TERMINACION CON PRORROGA(S) Y/O SUSPENSION (ES)	30/09/2022	TOTAL EN MESES O DIAS	7	0

FECHA CESION 1	N/A	FECHA SUSPENSION 1	N/A	FECHA REINICIO 1	N/A
FECHA CESION 2	N/A	FECHA SUSPENSION 2	N/A	FECHA REINICIO 2	N/A
FECHA CESION 3	N/A	FECHA SUSPENSION 3	N/A	FECHA REINICIO 3	N/A
FECHA CESION 4	N/A	FECHA SUSPENSION 4	N/A	FECHA REINICIO 4	N/A

3. INFORMACION DEL INTERVENTOR, SUPERVISOR O APOYO A LA SUPERVISION

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL	APOYO A LA SUPERVISION	LUZ AMANDA ZAMORA BLANCO	VINCULACION	CONTRATISTA	NUMERO Y AÑO CONTRATO DE INTERVENTORIA O SUPERVISION	CPS 240-2022

4. CONTROL PAGO APORTES SEGURIDAD SOCIAL

BASE INGRESO COTIZACION (IBC-SEGUN PLANILLA OPERADOR)		0
VALOR APORTE A SALUD		0
VALOR APORTE A PENSION	SI	0
VALOR APORTE A R.L		0
TOTAL APORTES SEGURIDAD SOCIAL PARA ESTE PAGO		0

Bajo la gravedad de juramento el Contratista con su firma en el informe de actividades certifica que los recibos de pago de aportes a salud, pensión y ARL, anexos a este documento corresponden a ingresos provenientes del contrato materia de este pago sujeto a Retención en la fuente y Reteica. (ART.23 LEY 1150/2007.RESOLUCION 1195/2009 S.H.D.)

5. CONTROL ANTICIPO

VALOR ANTICIPO INICIAL	VALOR ADICION	TOTAL ANTICIPO	AMORTIZACION PRESENTE RECIBO A SATISFACCION	SALDO POR AMORTIZAR DEL ANTICIPO
0	-	-		0

5. CONTROL RETENCION EN GARANTIA

SALDO ANTERIOR	VALOR RETENCION EN GTIA - PRESENTE CORTE-	ACUMULADO RETENCION EN GARANTIA
-	-	-

6. INFORMACION PARA EL PAGO

ASPECTOS FINANCIEROS PAGO PARCIAL Y/O FINAL	
VALOR TOTAL CONTRATADO	19.250.000
ACUMULADO CORTES PARCIALES	4.125.000
SALDO POR EJECUTAR	15.125.000
EJECUCION FISICA PRESENTE CORTE (SUB-TOTAL ANTES DE IVA)	2.750.000
IVA	
VALOR TOTAL EJECUCION FISICA PRESENTE CORTE	2.750.000
MENOS: AMORTIZACIÓN ANTICIPO	-
MENOS: RETENCION EN GARANTIA	-
MENOS: OTROS DESCUENTOS X VR.NO RECONO	-
VALOR AUTORIZADO A PAGAR	2.750.000
NETO A PAGAR PRESENTE CORTE	2.750.000

INFORMACION PRESUPUESTAL

No. REGISTRO PPTAL	RUBRO PRESUPUESTAL	VALOR REGISTRO PPTAL	GIROS DETALLE GIROS			
			ACUMULADO ANTERIOR	VALOR A AFECTAR EN ESTE CORTE	ACUMULADO GIROS	SALDO REGISTRO PPTAL
540	0230115012000000001887 Vig.act	19.250.000	4.125.000	2.750.000	6.875.000	12.375.000
-	0	0	-		-	-
-	0	0	-		-	-
-	0	0	-		-	-
-	0	0	-		-	-
-	0	0	-		-	-
	TOTALES	19.250.000	4.125.000	2.750.000	6.875.000	12.375.000
		OK		OK		OK

SON: (Valor en letras): DOS MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS

PORCENTAJE DE EJECUCION PRESUPUESTAL ANTES PRESENTE CORTE	21%

PORCENTAJE EJECUCION PRESUPUESTAL INCLUIDO ESTE CORTE	36%

7. RESUMEN RECIBOS A SATISFACCION APROBADOS (REGISTRA EJECUCION FISICA DEL PROYECTO)

No	FECHA	CONCEPTO	VALOR
1	16 MARZO (2022)	1er recibo parcial	1.375.000
2	18 Mayo (2022)	2do recibo parcial	2.750.000
3	18 Mayo (2022)	3er recibo parcial	2.750.000
4		4to recibo parcial	
5		5to recibo parcial	
6		6to recibo parcial	
7		7mo recibo parcial	
8		8vo recibo parcial	
9		9no recibo parcial	
10		10mo recibo parcial	
11		11mo recibo parcial	
12		12mo recibo parcial	
13		13o recibo parcial	
14		14to recibo parcial	
15		15to recibo parcial	
16		16to recibo parcial	
17		17mo recibo parcial	
18		18vo recibo parcial	
19		19no recibo parcial	
20		20mo recibo parcial	
21		21to recibo parcial	
22		22do recibo parcial	
23		23ro recibo parcial	
24		24to recibo parcial	
	TOTAL EJECUTADO		6.875.000
NUEVO SALDO POR EJECUTAR			12.375.000

VALIDACION DE SALDOS

SALDO REGISTRO PRESUPUESTAL	19.250.000
+ (MAS): SALDO POR AMORTIZAR DEL ANTICIPO	
(-) MENOS: SALDO ACUMULADO RETENCION EN GARANTIA	
SALDO POR EJECUTAR	12.375.000

OK

EXPLIQUE RAZON DIFERENCIA

PORCENTAJE DE EJECUCION FISICA PRESENTE CORTE	14%
PORCENTAJE DE EJECUCION FISICA ACUMULADO	36%

a los 18 dias del mes de Mayo de dosmil veintidos (2022) LUZ AMANDA ZAMORA BLANCO recibe a satisfacción el informe presentado por el contratista con el fin de gestionar el pago TRES en cumplimiento de la Cláusula 7 del contrato PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION 173 de 2022 dejando constancia que se cumplió con el objeto del contrato, las obligaciones establecidas, el plazo previsto y el pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud y Pensiones, de acuerdo con los documentos presentados por el contratista y anexos al presente documento. **NÚMERO DE PIN:** 8518407645 **PERIODO COTIZADO** **MES (ES)** ABRIL **AÑO** 2022

LUZ AMANDA ZAMORA BLANCO
APOYO A LA SUPERVISION
C.C. 52.125.244 de BOGOTA
C.C. - de 0

Vo.Bo. AUTORIZA GIRO
JUAN PABLO BELTRÁN VARGAS
ALCALDE LOCAL
C.C 1.022.389.187 de BOGOTA

Version 2022-1

162
163

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARIA DE GOBIERNO

GESTIÓN CORPORATIVA
GESTIÓN CORPORATIVA INSTITUCIONAL
ALCALDÍA LOCAL DE PUENTE ARANDA

FORMATO CÁLCULO DE IMPUESTOS

CONTRATO No.	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION 173-2022			**FECHA:**	23/05/22
CONTRATISTA:	DIEGO ENRIQUE BUENO			**NIT. o C.C.**	1.013.634.735
PERIODO:	**DEL**	**16 de abril 2022**		AL	15 de mayo 2022
PAGO No.	3	DOCUMENTO No.		Cuenta de cobro	3

PAGO	Indicador	CÓDIGO	BASE	%	VALOR
VALOR BRUTO		511179-01(0317)			2.750.000
Retefuente Honorarios					0
Retefuente Servicios					0
Retefuente Arrendamientos					0
Retefuente Compras					0
Retefuente - C.O.P.					0
Retefuente Art 383	44	2-4-36-15-02	2.062.500		0
Reteiva	40	2-4-36-25			0
Reteica	39	2-4--39-27	2.750.000	9,66	26.565
Contribución Especial					0
Amortización Anticipos					0
Otros Ajustes de Retención					0
TOTAL DESCUENTOS					26.565
NETO A PAGAR		240101-(0100)			2.723.435

MARIA AMANDA CAMACHO GARBIRAS
Contador FDL (E)

DIANA CAROLINA TORRES MORENO
Profesional de Presupuesto

Elaboró: Claudia Vallejo

Aprobó:

OBSERVACIONES Y/O NOTAS:

Aporto salud y pension del mes de abril

Base para pago de salud, pensión y ARL	0
Aporte obligatorio para salud - 12,5%	0
Aporte obligatorio para pensión - 16%	0
Aporte obligatorio ARL	
TOTAL APORTES SALUD Y PENSIÓN	0

~~163~~
164

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Historial de Pagos por Proveedor

CÓDIGO DE TERCERO	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE
1005406245	CC	1013634735	DIEGO ENRIQUE BUENO

173/22

Item	Nombre entidad	Referencia	Numero Documento Contable	POS. CxP	Fecha Cont.CxP en la Entidad	Fecha Radicación Tesorería Distrital	Estado	Fecha de Estado AAAA-MM-DD	Documento Compensación Según Estatus	Forma de Pago	Valor Bruto	Valor Neto	Cuenta Bancaria	Fecha Entrega Cheque a ventanilla	Endoso
1	FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE PUENTE ARANDA	CUENTA COBRO 3	3000398106	002	01-jun-22	01-jun-22	PAGADA	02-jun-22	5000905825	Transferencia Giradora	2.750.000	2.723.435	3112634569 AHORROS Nequi		

Detalle de descuentos tributarios

Numero ocumento Contable	Descripción	% Descuento	Base Retención	Valor Retención
3000398106	RETEICA 9.66 X MIL	0.9660	2.750.000	26.565
			TOTAL DESCUENTOS	26.565

Información presupuestal

Numero Documento Contable	CRP	Posición CRP	PosPre	Fondo	PP
3000398106	5000288212	001	10	1-100-I002	2022

	08-jul-22 16:08:45
	Otra información:
*	Si su documento tiene Estatus Registrada, se encuentra en trámite en la entidad ordenadora del pago. Por favor póngase en contacto con la entidad.
*	Si su consulta no presenta fecha de pago y tiene estatus de Rechazada o Anulada, su pago no pudo ser aplicado. Por favor póngase en contacto con la entidad ordenadora del pago.

164
165

ALCALDÍA LOCAL DE PUENTE ARANDA
FONDO DE DESARROLLO LOCAL

RECIBO A SATISFACCION PERSONA NATURAL No. 4 — PARCIAL X — FINAL

(FORMATO DE AUTOCONTROL Versión 2022-1)

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL	DD	MM	AA	Y EL	DD	MM	AA
	16	de MAYO	de 2022	Y EL	15	de JUNIO	de 2022

CLASE DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION — No. 173 — VIGENCIA 2022

1. INFORMACION DEL CONTRATISTA

RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA :	Diego Enrique Bueno Triviño			C.C. No.	1.013.634.735
DIRECCIÓN:	Cra 42 # 1c-16	TELEFONO	3112634569	CORREO ELECTRONICO	debuenot@gmail.com
CEDENTE (Si hubo cesion, escriba el nombre de quien lo cedio)	0				
NIT ó C.C. CONTRATISTA QUE CEDIO EL CONTRATO	0				

INFORMACION BANCARIA

ENTIDAD BANCARIA	CLASE DE CUENTA	No. CUENTA
NEQUI	AHORROS	3112634569

INFORMACION PARA ENDOSO DE PAGO A UN TERCERO

NOMBRE BENEFICIARIO ENDOSO	NIT o C.C	VALOR A ENDOSAR	ENTIDAD BANCARIA	CLASE DE CUENTA	No. CUENTA
0	0	0	0	0	0

2. INFORMACION DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO:
Prestar sus servicios como instructor de formación deportiva en la ejecución de las actividades previstas para la implementación de los programas, procesos de formación deportiva y la estrategia de cuidado en el territorio en la localidad de Puente Aranda.

FORMA DE PAGO
a) El primer pago se cancelará mes vencido, en proporción a los dias ejecutados desde su fecha de inicio y hasta el último dia del mes
b) 7 pagos mensuales vencidos de $2.750.000 (Dos Millones Setecientos Cincuenta Mil Pesos) M/Cte previa presentación de los siguientes documentos
a. Informe de actividades mensual debidamente firmado por el supervisor de contrato, el apoyo a la supervisión (si aplica) y el contratista.
b. Certificado de cumplimiento expedido por el supervisor del contrato.
c. Copia de la planilla de pago de los aportes al régimen de seguridad social integral en proporción al valor devengado en el mes anterior, de acuerdo con lo consagrado en el Decreto 1273 de 2018. Nota: Para efectos del último pago, deberá entregar "Formato de Control de Retiro", debidamente diligenciado y firmado por quienes corresponda.

	VALOR CONTRATO	RECURSOS FDLPA
VALOR INICIAL	-	19.250.000
ADICIONES		
VALOR ADICION 1	-	-
VALOR ADICION 2	-	-
VALOR ADICION 3		-
VALOR ADICION 4		-
VALOR TOTAL DEL CONTRATO Y/O CONVENIO(APORTES FDLPA)	-	19.250.000

FECHAS		EJECUCION EN MES (ES)		DIAS
FECHA DE INICIO	1/03/2022	PLAZO INICIAL	7	0
TERMINACION INICIAL	30/09/2022			
PRORROGAS				
FECHA PRORROGA 1	N/A	No.MESES PRORROGA 1	0	0
FECHA PRORROGA 2	N/A	No.MESES PRORROGA 2	0	0
FECHA PRORROGA 3	N/A	No.MESES PRORROGA 3	0	0
FECHA PRORROGA 4	N/A	No.MESES PRORROGA 4	0	0
TERMINACION CON PRORROGA(S) Y/O SUSPENSION (ES)	30/09/2022	TOTAL EN MESES O DIAS	7	0

FECHA CESION 1	N/A	FECHA SUSPENSION 1	N/A	FECHA REINICIO 1	N/A
FECHA CESION 2	N/A	FECHA SUSPENSION 2	N/A	FECHA REINICIO 2	N/A
FECHA CESION 3	N/A	FECHA SUSPENSION 3	N/A	FECHA REINICIO 3	N/A
FECHA CESION 4	N/A	FECHA SUSPENSION 4	N/A	FECHA REINICIO 4	N/A

3. INFORMACION DEL INTERVENTOR, SUPERVISOR O APOYO A LA SUPERVISION

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL	APOYO A LA SUPERVISION	LUZ AMANDA ZAMORA BLANCO	VINCULACION	CONTRATISTA	NUMERO Y AÑO CONTRATO DE INTERVENTORIA O SUPERVISION	CPS 240-2022

4. CONTROL PAGO APORTES SEGURIDAD SOCIAL

BASE INGRESO COTIZACION (IBC-SEGUN PLANILLA OPERADOR)		0
VALOR APORTE A SALUD		0
VALOR APORTE A PENSION	SI	0
VALOR APORTE A R. L.		0
TOTAL APORTES SEGURIDAD SOCIAL PARA ESTE PAGO		0

Bajo la gravedad de juramento el Contratista con su firma en el informe de actividades certifica que los recibos de pago de aportes a salud, pensión y ARL ,anexos a este documento corresponden a ingresos provenientes del contrato materia de este pago sujeto a Retención en la fuente y Reteica. (ART.23 LEY 1150/2007.RESOLUCION 1195/2009 S.H.D.)

5. CONTROL ANTICIPO

VALOR ANTICIPO INICIAL	VALOR ADICION	TOTAL ANTICIPO	AMORTIZACION PRESENTE RECIBO A SATISFACCION	SALDO POR AMORTIZAR DEL ANTICIPO
0	-	-		0

5. CONTROL RETENCION EN GARANTIA

SALDO ANTERIOR	VALOR RETENCION EN GTIA - PRESENTE CORTE-	ACUMULADO RETENCION EN GARANTÍA
-	-	-

6. INFORMACION PARA EL PAGO

ASPECTOS FINANCIEROS PAGO PARCIAL Y/O FINAL	
VALOR TOTAL CONTRATADO	19.250.000
ACUMULADO CORTES PARCIALES	6.875.000
SALDO POR EJECUTAR	12.375.000
EJECUCION FISICA PRESENTE CORTE (SUB-TOTAL ANTES DE IVA)	2.750.000
IVA	
VALOR TOTAL EJECUCION FISICA PRESENTE CORTE	2.750.000
MENOS: AMORTIZACIÓN ANTICIPO	-
MENOS: RETENCION EN GARANTIA	-
MENOS OTROS DESCUENTOS X VR.NO RECONO	-
VALOR AUTORIZADO A PAGAR	2.750.000
NETO A PAGAR PRESENTE CORTE	2.750.000

INFORMACION PRESUPUESTAL

No. REGISTRO PPTAL	RUBRO PRESUPUESTAL	VALOR REGISTRO PPTAL	GIROS (DETALLE GIROS) ACUMULADO ANTERIOR	VALOR A AFECTAR EN ESTE CORTE	ACUMULADO GIROS	SALDO REGISTRO PPTAL
540	023C116012000000188 Vig act	19.250.000	6.875.000	2.750.000	9.625.000	9.625.000
-	0	0	-		-	-
-	0	0	-		-	-
-	0	0	-		-	-
-	0	0	-		-	-
-	0	0	-		-	-
TOTALES		19.250.000	6.875.000	2.750.000	9.625.000	9.625.000
		OK		OK		OK

SON: (Valor en letras): DOS MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS

PORCENTAJE DE EJECUCION PRESUPUESTAL ANTES PRESENTE CORTE	35%
PORCENTAJE EJECUCION PRESUPUESTAL INCLUIDO ESTE CORTE	50%

7. RESUMEN RECIBOS A SATISFACCION APROBADOS (REGISTRA EJECUCION FISICA DEL PROYECTO)

No	FECHA	CONCEPTO	VALOR
1	16 MARZO (2022)	1er recibo parcial	1.375.000
2	18 Mayo (2022)	2do recibo parcial	2.750.000
3	18 Mayo (2022)	3er recibo parcial	2.750.000
4	16 Junio (2022)	4to recibo parcial	2.750.000
5		5to recibo parcial	
6		6to recibo parcial	
7		7mo recibo parcial	
8		8vo recibo parcial	
9		9no recibo parcial	
10		10mo recibo parcial	
11		11mo recibo parcial	
12		12mo recibo parcial	
13		13ro recibo parcial	
14		14to recibo parcial	
15		15to recibo parcial	
16		16to recibo parcial	
17		17mo recibo parcial	
18		18vo recibo parcial	
19		19no recibo parcial	
20		20mo recibo parcial	
21		21ro recibo parcial	
22		22do recibo parcial	
23		23ro recibo parcial	
24		24to recibo parcial	
		TOTAL EJECUTADO	9.625.000
NUEVO SALDO POR EJECUTAR			9.625.000

VALIDACION DE SALDOS

SALDO REGISTRO PRESUPUESTAL	9.625.000
+ (MAS): SALDO POR AMORTIZAR DEL ANTICIPO	-
(-) MENOS: SALDO ACUMULADO RETENCION EN GARANTIA	-
SALDO POR EJECUTAR	9.625.000

OK

EXPLIQUE RAZON DIFERENCIA

PORCENTAJE DE EJECUCION FISICA PRESENTE CORTE	14%
PORCENTAJE DE EJECUCION FISICA ACUMULADO	50%

a los 16 dias del mes de Junio de dosmil veintidos (2022) LUZ AMANDA ZAMORA BLANCO recibe a satisfacción el informe presentado por el contratista con el fin de gestionar el pago CUATRO en cumplimiento de la Cláusula 7 del contrato PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION 173 de 2022, dejando constancia que se cumplió con el objeto del contrato, las obligaciones establecidas, el plazo previsto y el pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud y Pensiones, de acuerdo con los documentos presentados por el contratista y anexos al presente documento.

NÚMERO DE PIN: 8618407645 — PERIODO COTIZADO MES (ES) Mayo — AÑO 2022

LUZ AMANDA ZAMORA BLANCO
APOYO A LA SUPERVISION
C.C. 52.125.244 de BOGOTA
C.C. - de 0

Vo.Bo. AUTORIZA GIRO
JUAN PABLO BELTRÁN VARGAS
ALCALDE LOCAL
C.C 1.022.389.187 de BOGOTA

Version 2022-1

~~165~~
166

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE GOBIERNO

GESTIÓN CORPORATIVA
GESTIÓN CORPORATIVA INSTITUCIONAL
ALCALDÍA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ART 383 ☑

☐

FORMATO CÁLCULO DE IMPUESTOS

CONTRATO No.	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION	1732022		**FECHA:**	24/06/2022
CONTRATISTA:	DIEGO ENRIQUE BUENO TRIVIÑO			**NIT. o C.C.**	1.013.634.735
PERIODO:	**Del**	16 de mayo de 2022	**Al**	15 de junio de 2022	
PAGO No.		4	Documento No.	**Cuenta cobro**	4
Responsable IVA ☐		**Pensionado** ☐		**Dependientes** ☐	**Declarante de renta** ☑

PAGO	indicador	**CÓDIGO**	**BASE**	**%**	**VALOR**
VALOR BRUTO		511180-01(9000)			2.750.000
Retefuente Honorarios	0	2-4-36-03	-	0,00%	0
Retefuente Servicios	0	2-4-36-05	-	0,00%	0
Retefuente Art 383	44	2-4-36-15-02	2.062.500	0,00%	0
Reteiva	40	2-4-36-25	-	0,00%	0
Reteica	39	2-4-36-27	2.750.000	9,66%	26.565
Otros Ajustes de Reten.			-	0,00	0
TOTAL DESCUENTOS					26.565
NETO A PAGAR		240101-(0100)			2.723.435

GLORIA LUZ CRUZ GIL
Contador F.D.L

DIANA CAROLINA TORRES MORENO
Responsable de Presupuesto F.D.L.

Elaboró:

Aprobó:

PLANILLA MES DEL INGRESO ☐ MAYO

OBSERVACIONES Y/O NOTAS: **OK.RUT.RIT Y CERTIFICADO TRIBUTARIO**

I
VALOR CERTIFICADO DEDUCCION X MES

FECHA DE INICIO	1/03/2022	1/03/2022	Valor cuenta AFC
RUT			Pago por medicina prepagada, planes adicionales de salud y pagos por seguros de
RIT			Valor intereses de vivienda
CERTIFICACION TRIBUTARIA			Aportes voluntario a Fondos de Pensiones
			Deduccion dependientes
			Renta excenta 25% 687.500

Base para pago de salud, pensión y ARL	1.100.000	VALOR PAGADO	
Aporte obligatorio para salud - 12,5%	137.500	-	REVISAR
Aporte obligatorio para pensión - 16% (+) FSP	176.000	-	REVISAR
Aporte obligatorio ARL	5.742	-	REVISAR
TOTAL APORTES SALUD Y PENSIÓN	319.242	-	REVISAR

166
167

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Historial de Pagos por Proveedor

CÓDIGO DE TERCERO	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE
1005406245	CC	1013634735	DIEGO ENRIQUE BUENO

173-2022

Item	Nombre entidad	Referencia	Numero Documento Contable	POS. CxP	Fecha Cont.CxP en la Entidad	Fecha Radicación Tesorería Distrital	Estado	Fecha de Estado AAAA-MM-DD	Documento Compensación Según Estatus	Forma de Pago	Valor Bruto	Valor Neto	Cuenta Bancaria	Fecha Entrega Cheque a ventanilla	Endoso
1	FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE PUENTE ARANDA	CUENTA COBRO 4	3000488846	002	01-jul-22	01-jul-22	PAGADA	05-jul-22	5001077883	Transferencia Giradora	2.750.000	2.723.435	3112634569 AHORROS Nequi		

Detalle de descuentos tributarios

Numero Documento Contable	Descripción	% Descuento	Base Retención	Valor Retención
3000488846	RETEICA 9.66 X MIL	0.9660	2.750.000	26.565
			TOTAL DESCUENTOS	26.565

Información presupuestal

Numero Documento Contable	CRP	Posición CRP	PosPre	Fondo	PP
3000488846	5000288212	001	10	1-100-I002	2022

	05-ago-22 11:08:46
	Otra información:
*	Si su documento tiene Estatus Registrada, se encuentra en trámite en la entidad ordenadora del pago. Por favor póngase en contacto con la entidad.
*	Si su consulta no presenta fecha de pago y tiene estatus de Rechazada o Anulada, su pago no pudo ser aplicado. Por favor póngase en contacto con la entidad ordenadora del pago.

~~167~~
168

ALCALDIA LOCAL DE PUENTE ARANDA
FONDO DE DESARROLLO LOCAL

RECIBO A SATISFACCION PERSONA NATURAL No. 5 — PARCIAL X — FINAL

(FORMATO DE AUTOCONTROL, Versión 2022-1)

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL DD: 16 de JUNIO de 2022 **Y EL** DD: 15 de JULIO de 2022

CLASE DE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION **No.** 173 **VIGENCIA** 2022

1. INFORMACION DEL CONTRATISTA

RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA :	Diego Enrique Bueno Triviño			**C.C. No.**	**1.013.634.735**
DIRECCIÓN:	Cra 42 # 1c-16	**TELEFONO**	3112634569	**CORREO ELECTRONICO**	debuenot@gmail.com

CEDENTE (si hubo cesion, escriba el nombre de quien lo cedio)	0
NIT o C.C. CONTRATISTA QUE CEDIO EL CONTRATO	0

INFORMACION BANCARIA

ENTIDAD BANCARIA	**CLASE DE CUENTA**	**No. CUENTA**
NEQUI	AHORROS	3112634569

INFORMACION PARA ENDOSO DE PAGO A UN TERCERO

NOMBRE BENEFICIARIO ENDOSO	**NIT o C.C**	**VALOR A ENDOSAR**	**ENTIDAD BANCARIA**	**CLASE DE CUENTA**	**No. CUENTA**
0	0	0	0	0	0

2. INFORMACION DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO:

Prestar sus servicios como instructor de formación deportiva en la ejecución de las actividades previstas para la implementación de los programas, procesos de formación deportiva y la estrategia de cuidado en el territorio en la localidad de Puente Aranda.

FORMA DE PAGO

a) El primer pago se cancelará mes vencido, en proporción a los dias ejecutados desde su fecha de inicio y hasta el último dia del mes.
b) 7 pagos mensuales vencidos de $2.750.000 (Dos Millones Setecientos Cincuenta Mil Pesos) M/Cte previa presentación de los siguientes documentos:
a. Informe de actividades mensual debidamente firmado por el supervisor de contrato, el apoyo a la supervisión (si aplica) y el contratista
b. Certificado de cumplimiento expedido por el supervisor del contrato.
c. Copia de la planilla de pago de los aportes al régimen de seguridad social integral en proporción al valor devengado en el mes anterior, de acuerdo con lo consagrado en el Decreto 1273 de 2018. Nota: Para efectos del último pago, deberá entregar "Formato de Control de Retiro", debidamente diligenciado y firmado por quienes corresponda.

	VALOR CONTRATO	**RECURSOS FDLPA**
VALOR INICIAL	-	19.250.000
ADICIONES		
VALOR ADICION 1	-	-
VALOR ADICION 2	-	-
VALOR ADICION 3		-
VALOR ADICION 4		-
VALOR TOTAL DEL CONTRATO Y/O CONVENIO(APORTES FDLPA)	-	**19.250.000**

19.250.000

FECHAS		**EJECUCION EN**	**MES (ES)**	**DIAS**
FECHA DE INICIO	1/06/2022	**PLAZO INICIAL**	7	0
SUSPENSION INICIAL	30/09/2022			
PRORROGAS				
FECHA PRORROGA 1	N/A	No MESES PRORROGA 1	0	0
FECHA PRORROGA 2	N/A	No MESES PRORROGA 2	0	0
FECHA PRORROGA 3	N/A	No MESES PRORROGA 3	0	0
FECHA PRORROGA 4	N/A	No MESES PRORROGA 4	0	0
TERMINACION CON PRORROGA(S) Y/O SUSPENSION (ES)	30/09/2022	**TOTAL EN MESES O DIAS**	7	0

FECHA CESION 1	N/A	FECHA SUSPENSION 1	N/A	FECHA REINICIO 1	N/A
FECHA CESION 2	N/A	FECHA SUSPENSION 2	N/A	FECHA REINICIO 2	N/A
FECHA CESION 3	N/A	FECHA SUSPENSION 3	N/A	FECHA REINICIO 3	N/A
FECHA CESION 4	N/A	FECHA SUSPENSION 4	N/A	FECHA REINICIO 4	N/A

3. INFORMACION DEL INTERVENTOR, SUPERVISOR O APOYO A LA SUPERVISION

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL	**APOYO A LA SUPERVISION**	LUZ AMANDA ZAMORA BLANCO	**VINCULACION**	**CONTRATISTA**	**NUMERO Y AÑO CONTRATO DE INTERVENTORIA O SUPERVISION**	CPS 240-2022

4. CONTROL PAGO APORTES SEGURIDAD SOCIAL

BASE INGRESO COTIZACION SSC-SEGUN PLANILLA OPERADOR	0
APORTES SOLO SALUD	
VALOR APORTE A SALUD	0
VALOR APORTE A PENSION SI	0
VALOR APORTE A R L	0
TOTAL APORTES SEGURIDAD SOCIAL PARA ESTE PAGO	0

Bajo la gravedad de juramento el Contratista con su firma en el informe de actividades certifica que los recibos de pago de aportes a salud, pensión y ARL ,anexos a este documento corresponden a ingresos provenientes del contrato materia de este pago sujeto a Retención en la fuente y Reteica. (ART.23 LEY 1150/2007,RESOLUCION 1196/2009 S.H.D.)

5. CONTROL ANTICIPO

VALOR ANTICIPO INICIAL	**VALOR ADICION**	**TOTAL ANTICIPO**	**AMORTIZACION PRESENTE RECIBO A SATISFACCION**	**SALDO POR AMORTIZAR DEL ANTICIPO**
0	-	-	0	0

5. CONTROL RETENCION EN GARANTIA

SALDO ANTERIOR	**VALOR RETENCION EN GTIA - PRESENTE CORTE-**	**ACUMULADO RETENCION EN GARANTIA**
-	-	-

6. INFORMACION PARA EL PAGO

ASPECTOS FINANCIEROS PAGO PARCIAL Y/O FINAL	
VALOR TOTAL CONTRATADO	19.250.000
ACUMULADO CORTES PARCIALES	9.625.000
SALDO POR EJECUTAR	9.625.000
EJECUCION FISICA PRESENTE CORTE (SUB-TOTAL ANTES DE IVA)	2.750.000
IVA	
VALOR TOTAL EJECUCION FISICA PRESENTE CORTE	2.750.000
MENOS: AMORTIZACIÓN ANTICIPO	-
MENOS: RETENCION EN GARANTIA	-
MENOS:OTROS DESCUENTOS X VR.NO RECONO	-
VALOR AUTORIZADO A PAGAR	2.750.000
NETO A PAGAR PRESENTE CORTE	**2.750.000**

INFORMACION PRESUPUESTAL

No. REGISTRO PPTAL	**RUBRO PRESUPUESTAL**	**VALOR REGISTRO PPTAL**	**GIROS**			
			ACUMULADO ANTERIOR	**VALOR A AFECTAR EN ESTE CORTE**	**ACUMULADO GIROS**	**SALDO REGISTRO PPTAL**
540	03311003310000001857 Vigencia	19.250.000	9.625.000	2.750.000	12.375.000	6.875.000
-	0	0	-		-	-
-	0	0	-		-	-
-	0	0	-		-	-
-	0	0	-		-	-
-	0	0	-	-	-	-
	TOTALES	19.250.000	9.625.000	2.750.000	12.375.000	**6.875.000**
		OK	OK	OK		OK

SON: (Valor en letras): DOS MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS

PORCENTAJE DE EJECUCION PRESUPUESTAL ANTES PRESENTE CORTE	50%
PORCENTAJE EJECUCION PRESUPUESTAL INCLUIDO ESTE CORTE	64%

7. RESUMEN RECIBOS A SATISFACCION APROBADOS
(REGISTRA EJECUCION FISICA DEL PROYECTO)

No	FECHA	CONCEPTO	VALOR
1	16 MARZO (2022)	1er recibo parcial	1.375.000
2	18 Marzo (2022)	2do recibo parcial	2.750.000
3	18 Marzo (2022)	3er recibo parcial	2.750.000
4	15 Junio (2022)	4to recibo parcial	2.750.000
5	18 JULIO (2022)	5to recibo parcial	2.750.000
6		6to recibo parcial	
7		7mo recibo parcial	
8		8vo recibo parcial	
9		9no recibo parcial	
10		10mo recibo parcial	
11		11mo recibo parcial	
12		12mo recibo parcial	
13		13to recibo parcial	
14		14to recibo parcial	
15		15to recibo parcial	
16		16to recibo parcial	
17		17mo recibo parcial	
18		18vo recibo parcial	
19		19no recibo parcial	
20		20mo recibo parcial	
21		21no recibo parcial	
22		22do recibo parcial	
23		23ro recibo parcial	
24		24to recibo parcial	
	TOTAL EJECUTADO		**12.375.000**
NUEVO SALDO POR EJECUTAR			6.875.000

VALIDACION DE SALDOS

SALDO REGISTRO PRESUPUESTAL	6.875.000
+ (MAS): SALDO POR AMORTIZAR DEL ANTICIPO	-
(-) MENOS: SALDO ACUMULADO RETENCION EN GARANTIA	-
SALDO POR EJECUTAR	6.875.000

OK

EXPLIQUE RAZÓN DE DIFERENCIA

PORCENTAJE DE EJECUCION FISICA PRESENTE CORTE	14%
PORCENTAJE DE EJECUCION FISICA ACUMULADO	64%

a los 18 dias del mes de JULIO de dos mil Veintidos (2022) LUZ AMANDA ZAMORA BLANCO recibe a satisfacción el informe presentado por el contratista con el fin de gestionar el pago CINCO en cumplimiento de la Clausula 7 del contrato PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION 173 de 2022 dejando constancia que se cumplio con el objeto del contrato, las obligaciones establecidas, el plazo previsto y el pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud y Pensiones, de acuerdo con los documentos presentados por el contratista y anexos al presente documento. **NÚMERO DE PIN:** 661840645 **PERIODO COTIZADO MES (ES)** JUNIO **AÑO** 2022

LUZ AMANDA ZAMORA BLANCO
APOYO A LA SUPERVISION
C.C. 52.125.244 de BOGOTA
C.C. - de 0

Vo.Bo. AUTORIZA GIRO
JUAN PABLO BELTRÁN VARGAS
ALCALDE LOCAL
C.C 1.022.389.187 de BOGOTA

Version 2022-1

168
169

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARIA DE GOBIERNO

GESTIÓN CORPORATIVA
GESTIÓN CORPORATIVA INSTITUCIONAL
ALCALDÍA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ART 383 ☑

FORMATO CÁLCULO DE IMPUESTOS

CONTRATO No.	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION	1732022	**FECHA:**	28/07/2022
CONTRATISTA:	DIEGO ENRIQUE BUENO TRIVIÑO		**NIT. o C.C.**	1.013.634.735
PERIODO:	**Del** 16 de junio de 2022	**Al**	15 de julio de 2022	
PAGO No.	5	Documento No.	**Cuenta cobro**	5

Responsable IVA ☐ **Pensionado** ☐ **Dependientes** ☐ **Declarante de renta** ☐

PAGO	indicador	CÓDIGO	BASE	%	VALOR
VALOR BRUTO		511180-01(9000)			2.750.000
Retefuente Honorarios	0	2-4-36-03	-	0,00%	0
Retefuente Servicios	0	2-4-36-05	-	0,00%	0
Retefuente Art 383	44	2-4-36-15-02	2.062.500	0,00%	0
Reteiva	40	2-4-36-25	-	0,00%	0
Reteica	39	2-4-36-27	2.750.000	9,66%	26.565
Otros Ajustes de Reten.			-	0,00	0
TOTAL DESCUENTOS					26.565
NETO A PAGAR		240101-(0100)			2.723.435

GLORIA LUZ CRUZ GIL.
Contador F.D.L

DIANA CAROLINA TORRES MORENO
Responsable de Presupuesto F.D.L.

Elaboró:
Aprobó:

PLANILLA MES DEL INGRESO ☐ JUNIO

1

OBSERVACIONES Y/O NOTAS: **OK.RUT.RIT Y CERTIFICADO TRIBUTARIO**

VALOR CERTIFICADO DEDUCCION X MES

FECHA DE INICIO	1/03/2022	1/03/2022	Valor cuenta AFC
RUT			Pago por medicina prepagada, planes adicionales de salud y pagos por seguros de
RIT			Valor intereses de vivienda
CERTIFICACION TRIBUTARIA			Aportes voluntario a Fondos de Pensiones
			Deduccion dependientes
			Renta excenta 25% 687.500

Base para pago de salud, pensión y ARL	1.100.000	VALOR PAGADO	
Aporte obligatorio para salud - 12,5%	137.500	-	REVISAR
Aporte obligatorio para pensión - 16% (+) FSP	176.000	-	REVISAR
Aporte obligatorio ARL	5.742	-	REVISAR
TOTAL APORTES SALUD Y PENSIÓN	319.242	-	REVISAR

~~169~~
170

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Historial de Pagos por Proveedor

CÓDIGO DE TERCERO	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE
1005406245	CC	1013634735	DIEGO ENRIQUE BUENO

173/22

Item	Nombre entidad	Referencia	Numero Documento Contable	POS. CxP	Fecha Cont.CxP en la Entidad	Fecha Radicación Tesorería Distrital	Estado	Fecha de Estado AAAA-MM-DD	Documento Compensación Según Estatus	Forma de Pago	Valor Bruto	Valor Neto	Cuenta Bancaria	Fecha Entrega Cheque a ventanilla	Endoso
1	FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE PUENTE ARANDA	CUENTA COBRO 5	3000574694	002	01-ago-22	01-ago-22	PAGADA	02-ago-22	5001280440	Transferencia Giradora	2.750.000	2.723.435	3112634569 AHORROS Nequi		

Detalle de descuentos tributarios

Numero Documento Contable	Descripción	% Descuento	Base Retención	Valor Retención
3000574694	RETEICA 9.66 X MIL	0.9660	2.750.000	26.565
			TOTAL DESCUENTOS	26.565

Información presupuestal

Numero Documento Contable	CRP	Posición CRP	PosPre	Fondo	PP
3000574694	5000288212	001	10	1-100-I002	2022

	05-sep-22 14:18:16
	Otra información:
*	Si su documento tiene Estatus Registrada, se encuentra en trámite en la entidad ordenadora del pago. Por favor póngase en contacto con la entidad.
	Si su consulta no presenta fecha de pago y tiene estatus de Rechazada o Anulada, su pago no pudo ser aplicado. Por favor póngase en contacto con la entidad ordenadora del pago.

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

Al contestar por favor cite estos datos:
Radicado No. 20226620007523
Fecha: 09-09-2022

170
171

MEMORANDO

662

Bogotá,

PARA: **RAFAEL ARTURO JAQUE TENJO**
Contrato de prestación de Servicios Profesionales 288-2022
Profesional de Planeación

DE: **ALCALDE LOCAL DE PUENTE ARANDA.**

ASUNTO: Designación de apoyo a la supervisión de los siguientes contratos:

Cto No.	CONTRATISTA	OBJETO
111-2022	CAMILO ANDRES ROMERO CASTRO	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN DEPORTIVA EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PREVISTAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS, PROCESOS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y LA ESTRATEGIA DE CUIDADO EN EL TERRITORIO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA.
112-2022	MISAEL ALEJANDRO PINEDA SUAREZ	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN DEPORTIVA EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PREVISTAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS, PROCESOS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y LA ESTRATEGIA DE CUIDADO EN EL TERRITORIO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA.
113-2022	DIEGO HERNAN ROMERO GIL	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN DEPORTIVA EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PREVISTAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS, PROCESOS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y LA ESTRATEGIA DE CUIDADO EN EL TERRITORIO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA.

114-2022	OSCAR GIHOVANY MEDINA CARROLL	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN DEPORTIVA EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PREVISTAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS, PROCESOS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y LA ESTRATEGIA DE CUIDADO EN EL TERRITORIO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA.
166-2022	OSCAR SANTIAGO DUARTE ROA	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN DEPORTIVA EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PREVISTAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS, PROCESOS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y LA ESTRATEGIA DE CUIDADO EN EL TERRITORIO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA.
167-2022	ROSSEMBERTH GUTIERREZ AGUILAR	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN DEPORTIVA EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PREVISTAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS, PROCESOS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y LA ESTRATEGIA DE CUIDADO EN EL TERRITORIO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA.
168-2022	JUAN SEBASTIAN MAYORGA CIFUENTES	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN DEPORTIVA EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PREVISTAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS, PROCESOS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y LA ESTRATEGIA DE CUIDADO EN EL TERRITORIO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA.
169-2022	GABRIEL GIOVANNY GARCIA GARCIA	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN DEPORTIVA EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PREVISTAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS, PROCESOS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y LA ESTRATEGIA DE CUIDADO EN EL TERRITORIO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA.
170-2022	LIDIER FONSECA GUERRERO	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN DEPORTIVA EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PREVISTAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS, PROCE-

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

		SOS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y LA ESTRATEGIA DE CUIDADO EN EL TERRITORIO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA.
171-2022	MARIA CAMILA PINEDA RAMIREZ	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN DEPORTIVA EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PREVISTAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS, PROCESOS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y LA ESTRATEGIA DE CUIDADO EN EL TERRITORIO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA.
172-2022	HUGO ALEXANDER RUBIO HERRERA	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN DEPORTIVA EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PREVISTAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS, PROCESOS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y LA ESTRATEGIA DE CUIDADO EN EL TERRITORIO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA.
173-2022	DIEGO ENRIQUE BUENO TRIVIÑO	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN DEPORTIVA EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PREVISTAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS, PROCESOS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y LA ESTRATEGIA DE CUIDADO EN EL TERRITORIO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA.
209-2022	MARIO ALBERTO DCOSTA SERRANO	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN DEPORTIVA EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PREVISTAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS, PROCESOS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y LA ESTRATEGIA DE CUIDADO EN EL TERRITORIO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA.
246-2022	JAIRZIÑIHO GUTIERREZ AGUILAR	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN DEPORTIVA EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PREVISTAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS, PROCESOS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y LA ESTRATEGIA DE CUIDADO EN EL TERRITORIO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA.
247-2022	CRISTIAN DAVID MEDINA LEON	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN DEPORTIVA EN LA EJECUCIÓN

		DE LAS ACTIVIDADES PREVISTAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS, PROCESOS DE FORMACIÓN DEPORTIVA Y LA ESTRATEGIA DE CUIDADO EN EL TERRITORIO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA.

Atentamente me permito informarle que a partir de la fecha deberá asumir el apoyo a la supervisión de los contratos anteriormente relacionados, para lo cual deberá realizar las actividades establecidas en el manual de contratación vigente, en concordancia con lo establecido en la Ley 1474 de 2011 o aquello que lo modifique, adicione o derogue.

De conformidad con la normatividad vigente en la materia, el incumplimiento en el apoyo a la supervisión acarreará sanciones disciplinarias a que haya lugar.

Los documentos referentes al citado contrato reposan en gestión documental de la Alcaldía Local, y en las plataformas transaccionales del SECOP II y SIPSE.

Todos los documentos soporte de la actividad contractual hasta la liquidación, informes de ejecución y pagos, deben ser publicados y aprobados conforme a la "Guía para hacer la Gestión Contractual en el SECOP", siguiendo los términos y condiciones de uso de la plataforma establecidos por Colombia Compra Eficiente.

Adicionalmente se recuerda que se requiere mantener actualizada la siguiente información en la plataforma SIPSE:

1. Reportar con anterioridad todas las modificaciones contractuales que se requieran en los contratos, tales como: suspensión, adición, prórrogas, cesión, otro sí y/o terminación.

2. En el caso de los nuevos procesos, se debe hacer el cargue en la plataforma y el respectivo seguimiento durante las etapas de creación, ejecución y liquidación.

Cordialmente,

JUAN PABLO BELTRÁN VARGAS
Alcalde Local de Puente Aranda
Correo: alcalde.paranda@gobiernobogota.gov.co

79049223 Bogt.

Elaboró Luisa Fernanda León C Técnico de Contratación
Revisó: Jesús David Díaz – Profesional Despacho

ALCALDIA LOCAL DE PUENTE ARANDA
FONDO DE DESARROLLO LOCAL

RECIBO A SATISFACCION PERSONA NATURAL No. 6 PARCIAL X FINAL

(FORMATO DE AUTOCONTROL. Versión 2022-1)

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL	DD	MM	AA	Y EL	DD	MM	AA
	16	de JULIO	de 2022	Y EL	15	de AGOSTO	de 2022

CLASE DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION — No. 173 — VIGENCIA 2022

1. INFORMACION DEL CONTRATISTA

RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA :	Diego Enrique Bueno Triviño			C.C. No.	1.013.634.735
DIRECCIÓN:	Cra 42 # 1c-16	TELEFONO	3112634569	CORREO ELECTRONICO	debuenot@gmail.com

CEDENTE (Si hubo cesion, escriba el nombre de quien lo cedio)	0
NIT ó C.C. CONTRATISTA QUE CEDIO EL CONTRATO	0

INFORMACION BANCARIA

ENTIDAD BANCARIA	CLASE DE CUENTA	No. CUENTA
NEQUI	AHORROS	3112634569

INFORMACION PARA ENDOSO DE PAGO A UN TERCERO

NOMBRE BENEFICIARIO ENDOSO	NIT o C.C	VALOR A ENDOSAR	ENTIDAD BANCARIA	CLASE DE CUENTA	No. CUENTA
0	0	0	0	0	0

2. INFORMACION DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO:

Prestar sus servicios como instructor de formación deportiva en la ejecución de las actividades previstas para la implementación de los programas, procesos de formación deportiva y la estrategia de cuidado en el territorio en la localidad de Puente Aranda.

FORMA DE PAGO

a) El primer pago se cancelará mes vencido, en proporción a los dias ejecutados desde su fecha de inicio y hasta el último dia del mes.
b) 7 pagos mensuales vencidos de $2.750.000 (Dos Millones Setecientos Cincuenta Mil Pesos) M/Cte previa presentación de los siguientes documentos:
a. Informe de actividades mensual debidamente firmado por el supervisor de contrato, el apoyo a la supervisión (si aplica) y el contratista.
b. Certificado de cumplimiento expedido por el supervisor del contrato.
c. Copia de la planilla de pago de los aportes al régimen de seguridad social integral en proporción al valor devengado en el mes anterior, de acuerdo con lo consagrado en el Decreto 1273 de 2018. Nota: Para efectos del último pago, deberá entregar "Formato de Control de Retiro", debidamente diligenciado y firmado por quienes corresponda.

	VALOR CONTRATO	RECURSOS FDLPA
VALOR INICIAL	-	19.250.000
ADICIONES		
VALOR ADICION 1	-	-
VALOR ADICION 2	-	-
VALOR ADICION 3		-
VALOR ADICION 4		-
VALOR TOTAL DEL CONTRATO Y/O CONVENIO(APORTES FDLPA)	-	19.250.000

19.250.000

FECHAS		EJECUCION EN	MES (ES)	DIAS
FECHA DE INICIO	1/03/2022	PLAZO INICIAL	7	0
TERMINACION INICIAL	30/09/2022			
PRORROGAS				
FECHA PRORROGA 1	N/A	No MESES PRORROGA 1	0	0
FECHA PRORROGA 2	N/A	No MESES PRORROGA 2	0	0
FECHA PRORROGA 3	N/A	No MESES PRORROGA 3	0	0
FECHA PRORROGA 4	N/A	No MESES PRORROGA 4	0	0
TERMINACION CON PRORROGA(S) Y/O SUSPENSION (ES)	30/09/2022	TOTAL EN MESES O DIAS	7	0

FECHA CESION 1	N/A	FECHA SUSPENSION 1	N/A	FECHA REINICIO 1	N/A
FECHA CESION 2	N/A	FECHA SUSPENSION 2	N/A	FECHA REINICIO 2	N/A
FECHA CESION 3	N/A	FECHA SUSPENSION 3	N/A	FECHA REINICIO 3	N/A
FECHA CESION 4	N/A	FECHA SUSPENSION 4	N/A	FECHA REINICIO 4	N/A

3. INFORMACION DEL INTERVENTOR, SUPERVISOR O APOYO A LA SUPERVISION

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL	SUPERVISOR(A)	LUZ AMANDA ZAMORA BLANCO	VINCULACION	CONTRATISTA	NUMERO Y AÑO CONTRATO DE INTERVENTORIA O SUPERVISION	CPS 240-2022

4. CONTROL PAGO APORTES SEGURIDAD SOCIAL

BASE INGRESO COTIZACION (IBC-SEGUN PLANILLA OPERADOR)	0
VALOR APORTE A SALUD	0
VALOR APORTE A PENSION SI	0
VALOR APORTE A R L	0
TOTAL APORTES SEGURIDAD SOCIAL PARA ESTE PAGO	0

Bajo la gravedad de juramento el Contratista con su firma en el informe de actividades certifica que los recibos de pago de aportes a salud, pensión y ARL ,anexos a este documento corresponden a ingresos provenientes del contrato materia de este pago sujeto a Retención en la fuente y Reteica. (ART.23 LEY 1150/2007 RESOLUCION 1195/2009 S.H.D.)

5. CONTROL ANTICIPO

VALOR ANTICIPO INICIAL	VALOR ADICION	TOTAL ANTICIPO	AMORTIZACION PRESENTE RECIBO A SATISFACCION	SALDO POR AMORTIZAR DEL ANTICIPO
0	-	-	0	0

5. CONTROL RETENCION EN GARANTIA

SALDO ANTERIOR	VALOR RETENCION EN GTIA - PRESENTE CORTE-	ACUMULADO RETENCION EN GARANTIA
-	-	-

6. INFORMACION PARA EL PAGO

ASPECTOS FINANCIEROS PAGO PARCIAL Y/O FINAL	
VALOR TOTAL CONTRATADO	19.250.000
ACUMULADO CORTES PARCIALES	12.375.000
SALDO POR EJECUTAR	6.875.000
EJECUCION FISICA PRESENTE CORTE (SUB-TOTAL ANTES DE IVA)	2.750.000
IVA	
VALOR TOTAL EJECUCION FISICA PRESENTE CORTE	2.750.000
MENOS: AMORTIZACIÓN ANTICIPO	-
MENOS: RETENCION EN GARANTIA	
MENOS:OTROS DESCUENTOS X VR NO RECONO	-
VALOR AUTORIZADO A PAGAR	2.750.000
NETO A PAGAR PRESENTE CORTE	2.750.000

INFORMACION PRESUPUESTAL

No. REGISTRO PPTAL	RUBRO PRESUPUESTAL	VALOR REGISTRO PPTAL	GIROS DETALLE GIROS: ACUMULADO ANTERIOR	VALOR A AFECTAR EN ESTE CORTE	ACUMULADO GIROS	SALDO REGISTRO PPTAL
540	02301160120000000387 Vig.act	19.250.000	12.375.000	2.750.000	15.125.000	4.125.000
-	0	0	-		-	-
-	0	0	-		-	-
-	0	0	-		-	-
-	0	0	-		-	-
-	0	0	-		-	-
TOTALES		19.250.000	12.375.000	2.750.000	15.125.000	4.125.000
		OK		OK		OK

SON: (Valor en letras): DOS MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS

PORCENTAJE DE EJECUCION PRESUPUESTAL ANTES PRESENTE CORTE	64%

PORCENTAJE EJECUCION PRESUPUESTAL INCLUIDO ESTE CORTE	79%

7. RESUMEN RECIBOS A SATISFACCION APROBADOS (REGISTRA EJECUCION FISICA DEL PROYECTO)

No	FECHA	CONCEPTO	VALOR
1	16 MARZO (2022)	1er recibo parcial	1.375.000
2	18 Mayo (2022)	2do recibo parcial	2.750.000
3	18 Mayo (2022)	3er recibo parcial	2.750.000
4	16 Junio (2022)	4to recibo parcial	2.750.000
5	16 JULIO (2022)	5to recibo parcial	2.750.000
6	16 Agosto (2022)	6to recibo parcial	2.750.000
7		7mo recibo parcial	
8		8vo recibo parcial	
9		9no recibo parcial	
10		10mo recibo parcial	
11		11mo recibo parcial	
12		12mo recibo parcial	
13		13ro recibo parcial	
14		14to recibo parcial	
15		15to recibo parcial	
16		16to recibo parcial	
17		17mo recibo parcial	
18		18vo recibo parcial	
19		19no recibo parcial	
20		20mo recibo parcial	
21		21ro recibo parcial	
22		22do recibo parcial	
23		23ro recibo parcial	
24		24to recibo parcial	
	TOTAL EJECUTADO		15.125.000
NUEVO SALDO POR EJECUTAR			4.125.000

VALIDACION DE SALDOS

SALDO REGISTRO PRESUPUESTAL	4.125.000
+ (MAS): SALDO POR AMORTIZAR DEL ANTICIPO	0
(-) MENOS: SALDO ACUMULADO RETENCION EN GARANTIA	-
SALDO POR EJECUTAR	4.125.000

OK

EXPLIQUE RAZON DIFERENCIA

PORCENTAJE DE EJECUCION FISICA PRESENTE CORTE	14%
PORCENTAJE DE EJECUCION FISICA ACUMULADO	79%

a los 16 dias del mes de Agosto de dosmil veintidos (2022) LUZ AMANDA ZAMORA BLANCO recibe a satisfacción el informe presentado por el contratista con el fin de gestionar el pago SEIS en cumplimiento de la Cláusula 7 del contrato PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION 173 de 2022, dejando constancia que se cumplió con el objeto del contrato, las obligaciones establecidas, el plazo previsto y el pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud y Pensiones, de acuerdo con los documentos presentados por el contratista y anexos al presente documento. **NÚMERO DE PIN:** 8618407645 **PERIODO COTIZADO MES (ES)** JULIO **AÑO** 2022

LUZ AMANDA ZAMORA BLANCO
SUPERVISOR(A)
C.C. 52.125.244 de BOGOTA
C.C. - de 0

Vo.BO AUTORIZA GIRO
JUAN PABLO BELTRÁN VARGAS
ALCALDE LOCAL
C.C 1.022.389.187 de BOGOTA

Version 2022-1

Bogota, 21 de Septiembre de 2022

Sres. Fondo de Desarrollo Local Puente Aranda

Me permito solicitar atentamente que el pago de los honorarios del periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 15 de Agosto del 2022 se realice a mi cuenta Daviplata #3112634569.

Adjunto a la presente la respectiva certificación.

Agradezco la atención prestada.

Cordialmente

Diego Enrique Bueno Triviño

c.c 1013634735

175

DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Banco Davivienda S.A.

Que **DIEGO ENRIQUE BUENO TR,** quien se identifica con **C.C.** No **1013634735,** posee en el Banco Davivienda el producto DaviPlata número **3112634569,** desde el día **2019/03/26.**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

A solicitud del interesado, se expide en Bogotá D.C., a los **21** días del mes de **Septiembre** del año **2022**.

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.
TICKET: 19963449

176

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE GOBIERNO

GESTIÓN CORPORATIVA ART 383 ☑
GESTIÓN CORPORATIVA INSTITUCIONAL
ALCALDÍA LOCAL DE PUENTE ARANDA

☐

FORMATO CÁLCULO DE IMPUESTOS

CONTRATO No.	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION	1732022		**FECHA:**	31/08/2022
CONTRATISTA:	DIEGO ENRIQUE BUENO TRIVIÑO			**NIT. o C.C.**	1.013.634.735
PERIODO:	**Del**	**16 de julio de 2022**	**Al**	**15 de agosto de 2022**	
PAGO No.	6		Documento No.	**Cuenta cobro**	6
Responsable IVA ☐	**Pensionado** ☐		**Dependientes** ☐	**Declarante de renta** ☐	

PAGO	indicador	**CÓDIGO**	**BASE**	**%**	**VALOR**
VALOR BRUTO		**511180-01(9000)**			**2.750.000**
Retefuente Honorarios	0	**2-4-36-03**	-	0,00%	**0**
Retefuente Servicios	0	**2-4-36-05**	-	0,00%	**0**
Retefuente Art 383	44	**2-4-36-15-02**	**2.062.500**	**0,00%**	**0**
Reteiva	40	**2-4-36-25**	-	**0,00%**	**0**
Reteica	39	**2-4-36-27**	**2.750.000**	**9,66%**	**26.565**
Otros Ajustes de Reten.			-	0,00	**0**
TOTAL DESCUENTOS					**26.565**
NETO A PAGAR		**240101-(0100)**			**2.723.435**

GLORIA LUZ CRUZ GIL
Contador F.D.L

DIANA CAROLINA TORRES MORENO
Responsable de Presupuesto F.D.L.

Elaboró:
Aprobó:

PLANILLA MES DEL INGRESO ☐ JULIO

1

OBSERVACIONES Y/O NOTAS: **OK.RUT.RIT Y CERTIFICADO TRIBUTARIO**

VALOR CERTIFICADO DEDUCCION X MES

FECHA DE INICIO	1/03/2022	1/03/2022	Valor cuenta AFC
RUT			Pago por medicina prepagada, planes adicionales de salud y pagos por seguros de
RIT			Valor intereses de vivienda
CERTIFICACION TRIBUTARIA			Aportes voluntario a Fondos de Pensiones
			Deduccion dependientes
			Renta excenta 25%

Base para pago de salud, pensión y ARL	1.100.000	VALOR PAGADO	
Aporte obligatorio para salud - 12,5%	137.500	-	REVISAR
Aporte obligatorio para pensión - 16% (+) FSP	176.000	-	REVISAR
Aporte obligatorio ARL	5.742	-	REVISAR
TOTAL APORTES SALUD Y PENSIÓN	319.242	-	REVISAR

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Historial de Pagos por Proveedor

CÓDIGO DE TERCERO	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE
1005406245	CC	1013634735	DIEGO ENRIQUE BUENO

173|22

Item	Nombre entidad	Referencia	Numero Documento Contable	POS. CxP	Fecha Cont.CxP en la Entidad	Fecha Radicación Tesorería Distrital	Estado	Fecha de Estado AAAA-MM-DD	Documento Compensación Según Estatus	Forma de Pago	Valor Bruto	Valor Neto	Cuenta Bancaria	Fecha Entrega Cheque a ventanilla	Endoso
1	FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE PUENTE ARANDA	CUENTA COBRO 6	3000764052	002	22-sep-22	22-sep-22	PAGADA	23-sep-22	5001564745	Transferencia Giradora	2.750.000	2.723.435	3112634569 AHORROS Banco Davivienda S.A - DAVIPLATA		

Detalle de descuentos tributarios

Numero Documento Contable	Descripción	% Descuento	Base Retención	Valor Retención
3000764052	RETEICA 9.66 X MIL	0.9660	2.750.000	26.565
			TOTAL DESCUENTOS	26.565

Información presupuestal

Numero Documento Contable	CRP	Posición CRP	PosPre	Fondo	PP
3000764052	5000288212	001	10	1-100-1002	2022

	31-oct-22 19:27:43
	Otra información:
*	Si su documento tiene Estatus Registrada, se encuentra en trámite en la entidad ordenadora del pago. Por favor póngase en contacto con la entidad.
	Si su consulta no presenta fecha de pago y tiene estatus de Rechazada o Anulada, su pago no pudo ser aplicado. Por favor póngase en contacto con la entidad ordenadora del pago.

178

ALCALDÍA LOCAL DE PUENTE ARANDA
FONDO DE DESARROLLO LOCAL

RECIBO A SATISFACCION PERSONA NATURAL No. 7 PARCIAL X FINAL

(FORMATO DE AUTOCONTROL Versión 2022-1)

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL	DD	MM	AA	Y EL	DD	MM	AA
	16	de AGOSTO	de 2022	Y EL	15	de SEPTIEMBRE	de 2022

CLASE DE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No. 173 VIGENCIA 2022

1 **INFORMACION DEL CONTRATISTA**

RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA:	Diego Enrique Bueno Triviño			**C.C. No.**	**1.013.634.735**
DIRECCIÓN:	Cra 42 # 1c-16	**TELEFONO**	3112634569	**CORREO ELECTRONICO**	debuenot@gmail.com

CEDENTE (Si hubo cesion, escriba el nombre de quien lo cedio)	0
NIT ó C.C. CONTRATISTA QUE CEDIO EL CONTRATO	0

INFORMACION BANCARIA

ENTIDAD BANCARIA	CLASE DE CUENTA	No. CUENTA
DAVIPLATA	AHORROS	3112634569

INFORMACION PARA ENDOSO DE PAGO A UN TERCERO

NOMBRE BENEFICIARIO ENDOSO	NIT ó C.C	VALOR A ENDOSAR	ENTIDAD BANCARIA	CLASE DE CUENTA	No. CUENTA
0	0	0	0	0	0

2. **INFORMACION DEL CONTRATO**

OBJETO DEL CONTRATO:

Prestar sus servicios como instructor de formación deportiva en la ejecución de las actividades previstas para la implementación de los programas, procesos de formación deportiva y la estrategia de cuidado en el territorio en la localidad de Puente Aranda.

FORMA DE PAGO

a) El primer pago se cancelará mes vencido, en proporción a los dias ejecutados desde su fecha de inicio y hasta el último dia del mes.
b) 7 pagos mensuales vencidos de $2.750.000 (Dos Millones Setecientos Cincuenta Mil Pesos) M/Cte previa presentación de los siguientes documentos:
a Informe de actividades mensual debidamente firmado por el supervisor de contrato, el apoyo a la supervisión (si aplica) y el contratista.
b Certificado de cumplimiento expedido por el supervisor del contrato.
c Copia de la planilla de pago de los aportes al régimen de seguridad social integral en proporcion al valor devengado en el mes anterior, de acuerdo con lo consagrado en el Decreto 1273 de 2018. Nota: Para efectos del ultimo pago, deberá entregar "Formato de Control de Retiro", debidamente diligenciado y firmado por quienes corresponda.

	VALOR CONTRATO	RECURSOS FDLPA
VALOR INICIAL	-	19.250.000
ADICIONES		
VALOR ADICION 1	-	-
VALOR ADICION 2	-	-
VALOR ADICION 3		-
VALOR ADICION 4		-
VALOR TOTAL DEL CONTRATO Y/O CONVENIO(APORTES FDLPA)	-	19.250.000

FECHAS		EJECUCION EN	MES (ES)	DIAS
FECHA DE INICIO	01/03/2022	PLAZO INICIAL	7	0
TERMINACION INICIAL	30/09/2022			
PRORROGAS				
FECHA PRORROGA 1	N/A	No MESES PRORROGA 1	0	0
FECHA PRORROGA 2	N/A	No MESES PRORROGA 2	0	0
FECHA PRORROGA 3	N/A	No MESES PRORROGA 3	0	0
FECHA PRORROGA 4	N/A	No MESES PRORROGA 4	0	0
TERMINACION CON PRORROGA(S) Y/O SUSPENSION (ES)	30/09/2022	TOTAL EN MESES O DIAS	7	0

FECHA CESION 1	N/A	FECHA SUSPENSION 1	N/A	FECHA REINICIO 1	N/A
FECHA CESION 2	N/A	FECHA SUSPENSION 2	N/A	FECHA REINICIO 2	N/A
FECHA CESION 3	N/A	FECHA SUSPENSION 3	N/A	FECHA REINICIO 3	N/A
FECHA CESION 4	N/A	FECHA SUSPENSION 4	N/A	FECHA REINICIO 4	N/A

3. **INFORMACION DEL INTERVENTOR, SUPERVISOR O APOYO A LA SUPERVISION**

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL APOYO A LA SUPERVISION	RAFAEL ARTURO JAQUE TENJO	VINCULACION	CONTRATISTA	NUMERO Y AÑO CONTRATO DE INTERVENTORIA O SUPERVISION	CPS 288-2022

4. **CONTROL PAGO APORTES SEGURIDAD SOCIAL**

BASE INGRESO COTIZACION (IBC-SEGÚN PLANILLA OPERADOR)	0
VALOR APORTE A SALUD	0
VALOR APORTE A PENSION SI	0
VALOR APORTE A R L	0
TOTAL APORTES SEGURIDAD SOCIAL PARA ESTE PAGO	0

Bajo la gravedad de juramento el Contratista con su firma en el informe de actividades certifica que los recibos de pago de aportes a salud, pensión y ARL ,anexos a este documento corresponden a ingresos provenientes del contrato materia de este pago sujeto a Retención en la fuente y Reteica (ART.23 LEY 1150/2007 RESOLUCION 1195/2009 S.H.D.)

5. **CONTROL ANTICIPO**

VALOR ANTICIPO INICIAL	VALOR ADICION	TOTAL ANTICIPO	AMORTIZACION PRESENTE RECIBO A SATISFACCION	SALDO POR AMORTIZAR DEL ANTICIPO
0	-	-	0	0

5. **CONTROL RETENCION EN GARANTIA**

SALDO ANTERIOR	VALOR RETENCION EN GTIA - PRESENTE CORTE-	ACUMULADO RETENCION EN GARANTIA
-	-	-

6. **INFORMACION PARA EL PAGO**

ASPECTOS FINANCIEROS PAGO PARCIAL Y/O FINAL	
VALOR TOTAL CONTRATADO	19.250.000
ACUMULADO CORTES PARCIALES	15.125.000
SALDO POR EJECUTAR	4.125.000
EJECUCION FISICA PRESENTE CORTE (SUB-TOTAL ANTES DE IVA)	2.750.000
IVA	
VALOR TOTAL EJECUCION FISICA PRESENTE CORTE	2.750.000
MENOS: AMORTIZACIÓN ANTICIPO	-
MENOS: RETENCION EN GARANTIA	-
MENOS: OTROS DESCUENTOS X VR.NO RECONO.	-
VALOR AUTORIZADO A PAGAR	2.750.000
NETO A PAGAR PRESENTE CORTE	**2.750.000**

INFORMACION PRESUPUESTAL

No. REGISTRO PPTAL	RUBRO PRESUPUESTAL	VALOR REGISTRO PPTAL	GIROS			
			DETALLE GIROS			
			ACUMULADO ANTERIOR	VALOR A AFECTAR EN ESTE CORTE	ACUMULADO GIROS	SALDO REGISTRO PPTAL
540	O230116012000000C1807 Vig.act	19.250.000	15.125.000	2.750.000	17.875.000	1.375.000
-	0	0	-		-	-
-	0	0	-		-	-
-	0	0	-		-	-
-	0	0	-		-	-
-	0	0	-		-	-
	TOTALES	19.250.000	15.125.000	2.750.000	17.875.000	1.375.000
		OK		OK		OK

SON: (Valor en letras): DOS MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS

PORCENTAJE DE EJECUCION PRESUPUESTAL ANTES PRESENTE CORTE 79%

PORCENTAJE EJECUCION PRESUPUESTAL INCLUIDO ESTE CORTE 93%

7. **RESUMEN RECIBOS A SATISFACCION APROBADOS**
(REGISTRA EJECUCION FISICA DEL PROYECTO)

No	FECHA	CONCEPTO	VALOR
1	16 MARZO (2022)	1er recibo parcial	1.375.000
2	18 Mayo (2022)	2do recibo parcial	2.750.000
3	18 Mayo (2022)	3er recibo parcial	2.750.000
4	16 Junio (2022)	4to recibo parcial	2.750.000
5	16 JULIO (2022)	5to recibo parcial	2.750.000
6	16 Agosto (2022)	6to recibo parcial	2.750.000
7	15 SEPTIEMBRE (2022)	7mo recibo parcial	2.750.000
8		8vo recibo parcial	
9		9no recibo parcial	
10		10mo recibo parcial	
11		11mo recibo parcial	
12		12mo recibo parcial	
13		13ro recibo parcial	
14		14to recibo parcial	
15		15to recibo parcial	
16		16to recibo parcial	
17		17mo recibo parcial	
18		18vo recibo parcial	
19		19no recibo parcial	
20		20mo recibo parcial	
21		21ro recibo parcial	
22		22do recibo parcial	
23		23ro recibo parcial	
24		24to recibo parcial	
	TOTAL EJECUTADO		17.875.000
NUEVO SALDO POR EJECUTAR			1.375.000

VALIDACION DE SALDOS

SALDO REGISTRO PRESUPUESTAL	1.375.000
+ (MAS): SALDO POR AMORTIZAR DEL ANTICIPO	0
(-) MENOS: SALDO ACUMULADO RETENCION EN GARANTIA	
SALDO POR EJECUTAR	1.375.000 OK

EXPLIQUE RAZON DIFERENCIA

PORCENTAJE DE EJECUCION FISICA PRESENTE CORTE	14%
PORCENTAJE DE EJECUCION FISICA ACUMULADO	93%

a los 16 dias del mes de SEPTIEMBRE de dosmil veintidos (2022) RAFAEL ARTURO JAQUE TENJO recibe a satisfacción el informe presentado por el contratista con el fin de gestionar el pago SIETE en cumplimiento de la Cláusula 7 del contrato PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION 173 de 2022 dejando constancia que se cumplió con el objeto del contrato, las obligaciones establecidas, el plazo previsto y el pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud y Pensiones, de acuerdo con los documentos presentados por el contratista y anexos al presente documento.

NÚMERO DE PIN: 8618407645 **PERIODO COTIZADO** **MES (ES)** AGOSTO **AÑO** 2022

RAFAEL ARTURO JAQUE TENJO
APOYO A LA SUPERVISION
C.C. 79.849.223 de BOGOTA
C.C. - de 0

Vo BO. AUTORIZA GIRO JUAN PABLO BELTRÁN VARGAS
ALCALDE LOCAL
C.C 1.022.389.187 de BOGOTA

Version 2022-1

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA D.C.
SECRETARIA DE GOBIERNO

GESTIÓN CORPORATIVA
GESTIÓN CORPORATIVA INSTITUCIONAL
ALCALDÍA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ART 383 ☑

FORMATO CÁLCULO DE IMPUESTOS

CONTRATO No.	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION	1732022	FECHA:	29/09/2022
CONTRATISTA:	DIEGO ENRIQUE BUENO TRIVIÑO		NIT. o C.C.	1.013.634.735
PERIODO:	Del 16 de agosto de 2022	Al	15 de septiembre de 2022	
PAGO No.	7	Documento No.	Cuenta cobro	7
Responsable IVA ☐	Pensionado ☐	Dependientes ☐	Declarante de renta ☐	

PAGO	indicador	CÓDIGO	BASE	%	VALOR
VALOR BRUTO		511180-01(9000)			2.750.000
Retefuente Honorarios	0	2-4-36-03	-	0,00%	0
Retefuente Servicios	0	2-4-36-05	-	0,00%	0
Retefuente Art 383	44	2-4-36-15-02	2.062.500	0,00%	0
Reteiva	40	2-4-36-25	-	0,00%	0
Reteica	39	2-4-36-27	2.750.000	9,66%	26.565
Otros Ajustes de Reten.			-	0,00	0
TOTAL DESCUENTOS					26.565
NETO A PAGAR		240101-(0100)			2.723.435

GLORIA LUZ CRUZ GIL
Contador F.D.L

DIANA CAROLINA TORRES MORENO
Responsable de Presupuesto F.D.L.

Elaboró:
Aprobó:

PLANILLA MES DEL INGRESO ☐ AGOSTO

I

OBSERVACIONES Y/O NOTAS: **OK.RUT.RIT Y CERTIFICADO TRIBUTARIO**

VALOR CERTIFICADO DEDUCCION X MES

FECHA DE INICIO	1/03/2022	1/03/2022	Valor cuenta AFC	-
RUT			Pago por medicina prepagada, planes adicionales de salud y pagos por seguros de	-
RIT			Valor intereses de vivienda	-
CERTIFICACION TRIBUTARIA			Aportes voluntario a Fondos de Pensiones	-
			Deduccion dependientes	-
			Renta excenta 25%	687.500

Base para pago de salud, pensión y ARL	1.100.000	VALOR PAGADO	
Aporte obligatorio para salud - 12,5%	137.500	-	REVISAR
Aporte obligatorio para pensión - 16% (+) FSP	176.000	-	REVISAR
Aporte obligatorio ARL	5.742	-	REVISAR
TOTAL APORTES SALUD Y PENSIÓN	319.242	-	REVISAR

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Historial de Pagos por Proveedor

CÓDIGO DE TERCERO	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE
1005406245	CC	1013634735	DIEGO ENRIQUE BUENO

173

Item	Nombre entidad	Referencia	Numero Documento Contable	POS. CxP	Fecha Cont.CxP en la Entidad	Fecha Radicación Tesorería Distrital	Estado	Fecha de Estado AAAA-MM-DD	Documento Compensación Según Estatus	Forma de Pago	Valor Bruto	Valor Neto	Cuenta Bancaría	Fecha Entrega Cheque a ventanilla	Endoso
1	FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE PUENTE ARANDA	CUENTA COBRO 7	3000777854	002	03-oct-22	03-oct-22	PAGADA	04-oct-22	5001627636	Transferencia Giradora	2.750.000	2.723.435	3112634569 AHORROS Banco Davivienda S.A - DAVIPLATA		

Detalle de descuentos tributarios

Numero Documento Contable	Descripción	% Descuento	Base Retención	Valor Retención
3000777854	RETEICA 9.66 X MIL	0.9660	2.750.000	26.565
			TOTAL DESCUENTOS	26.565

Información presupuestal

Numero Documento Contable	CRP	Posición CRP	PosPre	Fondo	PP
3000777854	5000288212	001	10	1-100-I002	2022

	15-nov-22 09:38:55
	Otra información:
*	Si su documento tiene Estatus Registrada, se encuentra en trámite en la entidad ordenadora del pago. Por favor póngase en contacto con la entidad.
	Si su consulta no presenta fecha de pago y tiene estatus de Rechazada o Anulada, su pago no pudo ser aplicado. Por favor póngase en contacto con la entidad ordenadora del pago.

ALCALDIA LOCAL DE PUENTE ARANDA
FONDO DE DESARROLLO LOCAL

RECIBO A SATISFACCION PERSONA NATURAL No. 8 — PARCIAL X — FINAL

(FORMATO DE AUTOCONTROL. Versión 2022-1)

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL DD: 16 | MM: de SEPTIEMBRE | AA: de 2022 | Y EL | DD: 15 | MM: de OCTUBRE | AA: de 2022

CLASE DE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION — No. 173 — VIGENCIA 2022

1 **INFORMACION DEL CONTRATISTA**

RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA :	Diego Enrique Bueno Triviño			**C.C. No.**	**1.013.634.735**
DIRECCIÓN:	**Cra 42 # 1c-16**	**TELEFONO**	3112634569	**CORREO ELECTRONICO**	debuenot@gmail.com

CEDENTE (Si hubo cesion, escriba el nombre de quien lo cedio)	0
NIT ó C.C. CONTRATISTA QUE CEDIO EL CONTRATO	0

INFORMACION BANCARIA

ENTIDAD BANCARIA	CLASE DE CUENTA	No. CUENTA
DAVIPLATA	AHORROS	3112634569

INFORMACION PARA ENDOSO DE PAGO A UN TERCERO

NOMBRE BENEFICIARIO ENDOSO	NIT o C.C	VALOR A ENDOSAR	ENTIDAD BANCARIA	CLASE DE CUENTA	No. CUENTA
0	0	0	0	0	0

2. **INFORMACION DEL CONTRATO**

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar sus servicios como instructor de formación deportiva en la ejecución de las actividades previstas para la implementación de los programas, procesos de formación deportiva y la estrategia de cuidado en el territorio en la localidad de Puente Aranda.

FORMA DE PAGO

a) El primer pago se cancelara mes vencido, en proporción a los dias ejecutados desde su fecha de inicio y hasta el último dia del mes.
b) 7 pagos mensuales vencidos de $2.750.000 (Dos Millones Setecientos Cincuenta Mil Pesos) M/Cte previa presentación de los siguientes documentos:
a. Informe de actividades mensual debidamente firmado por el supervisor de contrato, el apoyo a la supervisión (si aplica) y el contratista.
b. Certificado de cumplimiento expedido por el supervisor del contrato.
c. Copia de la planilla de pago de los aportes al régimen de seguridad social integral en proporción al valor devengado en el mes anterior, de acuerdo con lo consagrado en el Decreto 1273 de 2018. Nota: Para efectos del último pago, deberá entregar "Formato de Control de Retiro", debidamente diligenciado y firmado por quienes corresponda.

	VALOR CONTRATO	RECURSOS FDLPA
VALOR INICIAL	-	19.250.000
ADICIONES		
VALOR ADICION 1	-	5.500.000
VALOR ADICION 2	-	-
VALOR ADICION 3	-	-
VALOR ADICION 4	-	-
VALOR TOTAL DEL CONTRATO Y/O CONVENIO(APORTES FDLPA)	-	24.750.000

24.750.000

FECHAS		EJECUCION EN	MES (ES)	DIAS
FECHA DE INICIO	01/03/2022	PLAZO INICIAL	7	0
TERMINACION INICIAL	30/09/2022			
PRORROGAS				
FECHA PRORROGA 1	30/09/2022	No MESES PRORROGA 1	2	0
FECHA PRORROGA 2	N/A	No MESES PRORROGA 2	0	0
FECHA PRORROGA 3	N/A	No MESES PRORROGA 3	0	0
FECHA PRORROGA 4	N/A	No MESES PRORROGA 4	0	0
TERMINACION CON PRORROGA(S) Y/O SUSPENSION (ES)	30/11/2022	TOTAL EN MESES O DIAS	9	0

FECHA CESION 1	N/A	FECHA SUSPENSION 1	N/A	FECHA REINICIO 1	N/A
FECHA CESION 2	N/A	FECHA SUSPENSION 2	N/A	FECHA REINICIO 2	N/A
FECHA CESION 3	N/A	FECHA SUSPENSION 3	N/A	FECHA REINICIO 3	N/A
FECHA CESION 4	N/A	FECHA SUSPENSION 4	N/A	FECHA REINICIO 4	N/A

3. **INFORMACION DEL INTERVENTOR, SUPERVISOR O APOYO A LA SUPERVISION**

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL	APOYO A LA SUPERVISION	RAFAEL ARTURO JAQUE TENJO	VINCULACION	CONTRATISTA	NUMERO Y AÑO CONTRATO DE INTERVENTORIA O SUPERVISION	CPS 288-2022

4. **CONTROL PAGO APORTES SEGURIDAD SOCIAL**

BASE INGRESO COTIZACION (IBC-SEGUN PLANILLA OPERADOR)		0
VALOR APORTE A SALUD		0
VALOR APORTE A PENSION	SI	0
VALOR APORTE A R L		-
TOTAL APORTES SEGURIDAD SOCIAL PARA ESTE PAGO		0

Bajo la gravedad de juramento el Contratista con su firma en el informe de actividades certifica que los recibos de pago de aportes a salud, pensión y ARL ,anexos a este documento corresponden a ingresos provenientes del contrato materia de este pago sujeto a Retención en la fuente y Reteica (ART.23 LEY 1150/2007 RESOLUCION 1195/2009 S.H.D.)

5. **CONTROL ANTICIPO**

VALOR ANTICIPO INICIAL	VALOR ADICION	TOTAL ANTICIPO	AMORTIZACION PRESENTE RECIBO A SATISFACCION	SALDO POR AMORTIZAR DEL ANTICIPO
0	-	-	0	0

5. **CONTROL RETENCION EN GARANTIA**

SALDO ANTERIOR	VALOR RETENCION EN GTIA - PRESENTE CORTE-	ACUMULADO RETENCION EN GARANTÍA
-	-	-

6. **INFORMACION PARA EL PAGO**

ASPECTOS FINANCIEROS PAGO PARCIAL Y/O FINAL	
VALOR TOTAL CONTRATADO	24.750.000
ACUMULADO CORTES PARCIALES	17.875.000
SALDO POR EJECUTAR	6.875.000
EJECUCION FISICA PRESENTE CORTE (SUB-TOTAL ANTES DE IVA)	2.750.000
IVA	
VALOR TOTAL EJECUCION FISICA PRESENTE CORTE	2.750.000
MENOS: AMORTIZACIÓN ANTICIPO	-
MENOS: RETENCION EN GARANTIA	-
MENOS:OTROS DESCUENTOS X VR NO RECONO	-
VALOR AUTORIZADO A PAGAR	2.750.000
NETO A PAGAR PRESENTE CORTE	2.750.000

INFORMACION PRESUPUESTAL

No. REGISTRO PPTAL	RUBRO PRESUPUESTAL	VALOR REGISTRO PPTAL	GIROS ACUMULADO ANTERIOR	GIROS VALOR A APECTAR EN ESTE CORTE	GIROS ACUMULADO GIROS	GIROS SALDO REGISTRO PPTAL
540	3-2-01-10-01-20-0000-1887 Vig.act	19.250.000	17.875.000	1.375.000	19.250.000	-
915	3-2-01-10-01-20-0000-1887 Vig.act	5.500.000	-	1.375.000	1.375.000	4.125.000
-	0	0	-		-	-
-	0	0	-		-	-
-	0	0	-		-	-
-	0	0	-		-	-
	TOTALES	24.750.000	17.875.000	2.750.000	20.625.000	4.125.000
		OK		OK		OK

SON: (Valor en letras): DOS MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS

PORCENTAJE DE EJECUCION PRESUPUESTAL ANTES PRESENTE CORTE 72%

PORCENTAJE EJECUCION PRESUPUESTAL INCLUIDO ESTE CORTE 83%

7. **RESUMEN RECIBOS A SATISFACCION APROBADOS**
(REGISTRA EJECUCION FISICA DEL PROYECTO)

No	FECHA	CONCEPTO	VALOR
1	16 MARZO (2022)	1er recibo parcial	1.375.000
2	16 Mayo (2022)	2do recibo parcial	2.750.000
3	16 Mayo (2022)	3er recibo parcial	2.750.000
4	16 Junio (2022)	4to recibo parcial	2.750.000
5	16 JULIO (2022)	5to recibo parcial	2.750.000
6	16 Agosto (2022)	6to recibo parcial	2.750.000
7	5 SEPTIEMBRE (202	7mo recibo parcial	2.750.000
8	16 Octubre (2022)	8vo recibo parcial	2.750.000
9		9no recibo parcial	
10		10mo recibo parcial	
11		11mo recibo parcial	
12		12mo recibo parcial	
13		13ro recibo parcial	
14		14to recibo parcial	
15		15to recibo parcial	
16		16to recibo parcial	
17		17mo recibo parcial	
18		18vo recibo parcial	
19		19no recibo parcial	
20		20mo recibo parcial	
21		21ro recibo parcial	
22		22do recibo parcial	
23		23ro recibo parcial	
24		24to recibo parcial	
		TOTAL EJECUTADO	20.625.000
NUEVO SALDO POR EJECUTAR			4.125.000

VALIDACION DE SALDOS

SALDO REGISTRO PRESUPUESTAL	4.125.000
+ (MAS): SALDO POR AMORTIZAR DEL ANTICIPO	0
(-) MENOS: SALDO ACUMULADO RETENCION EN GARANTIA	-
SALDO POR EJECUTAR	4.125.000

OK

EXPLIQUE RAZON DIFERENCIA

PORCENTAJE DE EJECUCION FISICA PRESENTE CORTE	11%
PORCENTAJE DE EJECUCION FISICA ACUMULADO	83%

a los 18 dias del mes de Octubre de dosmil veintidos (2022) — RAFAEL ARTURO JAQUE TENJO recibe a satisfacción el 7 del informe presentado por el contratista con el fin de gestionar el pago OCHO en cumplimiento de la Cláusula contrato PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION 173 de 2022 dejando constancia que se cumplió con el objeto del contrato, las obligaciones establecidas, el plazo previsto y el pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud y Pensiones, de acuerdo con los documentos presentados por el contratista y anexos al presente documento.

NÚMERO DE PIN: 8618407645 — **PERIODO COTIZADO MES (ES)** Septiembre — **AÑO** 2022

RAFAEL ARTURO JAQUE TENJO
APOYO A LA SUPERVISION
C.C. 79.849.223 de BOGOTA
C.C. - de 0

Vo.BO. AUTORIZA GIRO: **JUAN PABLO BELTRÁN VARGAS**
ALCALDE LOCAL
C.C. 1.022.389.187 de BOGOTA

Version 2022-1

182

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA D.C.
SECRETARIA DE GOBIERNO

GESTIÓN CORPORATIVA ART 383 ☑
GESTIÓN CORPORATIVA INSTITUCIONAL
ALCALDÍA LOCAL DE PUENTE ARANDA

FORMATO CÁLCULO DE IMPUESTOS

CONTRATO No.	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION	1732022		**FECHA:**	25/10/2022
CONTRATISTA:	DIEGO ENRIQUE BUENO TRIVIÑO			**NIT. o C.C.**	1.013.634.735
PERIODO:	**Del**	16 de septiembre de 2022	**Al**	15 de octubre de 2022	
PAGO No.	8		Documento No.	**Cuenta cobro**	8
Responsable IVA ☐	**Pensionado** ☐		**Dependientes** ☐	**Declarante de renta** ☐	

PAGO	indicador	**CÓDIGO**	**BASE**	**%**	**VALOR**
VALOR BRUTO		511180-01(9000)			2.750.000
Retefuente Honorarios	0	2-4-36-03	-	0,00%	0
Retefuente Servicios	0	2-4-36-05	-	0,00%	0
Retefuente Art 383	44	2-4-36-15-02	2.062.500	0,00%	0
Reteiva	40	2-4-36-25	-	0,00%	0
Reteica	39	2-4-36-27	2.750.000	9,66%	26.565
Otros Ajustes de Reten.			-	0,00	0
TOTAL DESCUENTOS					26.565
NETO A PAGAR		240101-(0100)			2.723.435

GLORIA LUZ CRUZ GIL
Contador F.D.L

DIANA CAROLINA TORRES MORENO
Responsable de Presupuesto F.D.L.

Elaboró:
Aprobó:

PLANILLA MES DEL INGRESO ☐ SEPTIEMBRE

1
VALOR CERTIFICADO DEDUCCION X MES

OBSERVACIONES Y/O NOTAS: **OK.RUT.RIT Y CERTIFICADO TRIBUTARIO**

FECHA DE INICIO	1/03/2022	1/03/2022	Valor cuenta AFC
RUT			Pago por medicina prepagada, planes adicionales de salud y pagos por seguros de
RIT			Valor intereses de vivienda
CERTIFICACION TRIBUTARIA			Aportes voluntario a Fondos de Pensiones
			Deduccion dependientes
			Renta excenta 25%

Base para pago de salud, pensión y ARL	1.100.000	VALOR PAGADO	
Aporte obligatorio para salud - 12,5%	137.500	-	REVISAR
Aporte obligatorio para pensión - 16% (+) FSP	176.000	-	REVISAR
Aporte obligatorio ARL	5.742	-	REVISAR
TOTAL APORTES SALUD Y PENSIÓN	319.242	-	REVISAR

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.

Historial de Pagos por Proveedor

CÓDIGO DE TERCERO	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE
1005406245	CC	1013634735	DIEGO ENRIQUE BUENO

173

Item	Nombre entidad	Referencia	Numero Documento Contable	POS. CxP	Fecha Cont.CxP en la Entidad	Fecha Radicación Tesorería Distrital	Estado	Fecha de Estado AAAA-MM-DD	Documento Compensación Según Estatus	Forma de Pago	Valor Bruto	Valor Neto	Cuenta Bancaria	Fecha Entrega Cheque a ventanilla	Endoso
	FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE PUENTE ARANDA	CUENTA COBRO 8	3000873606	003	01-nov-22	01-nov-22	PAGADA	02-nov-22	5001806662	Transferencia Giradora	2.750.000	2.723.435	3112634569 AHORROS Banco Davivienda S A - DAVIPLATA		

Detalle de descuentos tributarios

Numero Documento Contable	Descripción	% Descuento	Base Retención	Valor Retención
3000873606	RETEICA 9.66 X MIL	0.9660	2.750.000	26.565
			TOTAL DESCUENTOS	26.565

Información presupuestal

Numero Documento Contable	CRP	Posición CRP	PosPre	Fondo	PP
3000873606	5000288212	001	10	1-100-I002	2022
3000873606	5000368446	001	10	1-100-I002	2022

	07-dic-22 11:51:26
	Otra información:
*	Si su documento tiene Estatus Registrada, se encuentra en trámite en la entidad ordenadora del pago. Por favor póngase en contacto con la entidad.
*	Si su consulta no presenta fecha de pago y tiene estatus de Rechazada o Anulada, su pago no pudo ser aplicado. Por favor póngase en contacto con la entidad ordenadora del pago.

ALCALDIA LOCAL DE PUENTE ARANDA
FONDO DE DESARROLLO LOCAL

RECIBO A SATISFACCION PERSONA NATURAL No. 9 — PARCIAL X — FINAL

(FORMATO DE AUTOCONTROL. Versión 2022-1)

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL: 16 de OCTUBRE de 2022 Y EL 15 de NOVIEMBRE de 2022

CLASE DE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION — No. 173 — VIGENCIA 2022

1. **INFORMACION DEL CONTRATISTA**

RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA :	Diego Enrique Bueno Triviño			C.C. No.	1.013.634.735
DIRECCIÓN:	Cra 42 # 1c-16	TELEFONO	3112634569	CORREO ELECTRONICO	debuenot@gmail.com

CEDENTE (Si hubo cesion, escriba el nombre de quien lo cedio)	0	**INFORMACION BANCARIA**		
		ENTIDAD BANCARIA	**CLASE DE CUENTA**	**No. CUENTA**
NIT ó C.C. CONTRATISTA QUE CEDIO EL CONTRATO	0	DAVIPLATA	AHORROS	3112634569

INFORMACION PARA ENDOSO DE PAGO A UN TERCERO

NOMBRE BENEFICIARIO ENDOSO	NIT o C.C	VALOR A ENDOSAR	ENTIDAD BANCARIA	CLASE DE CUENTA	No. CUENTA
0	0	0	0	0	0

2. **INFORMACION DEL CONTRATO**

OBJETO DEL CONTRATO:
Prestar sus servicios como instructor de formación deportiva en la ejecución de las actividades previstas para la implementación de los programas, procesos de formación deportiva y la estrategia de cuidado en el territorio en la localidad de Puente Aranda.

FORMA DE PAGO
a) El primer pago se cancelara mes vencido, en proporción a los días ejecutados desde su fecha de inicio y hasta el último día del mes.
b) 7 pagos mensuales vencidos de $2.750.000 (Dos Millones Setecientos Cincuenta Mil Pesos) M/Cte previa presentación de los siguientes documentos
a. Informe de actividades mensual debidamente firmado por el supervisor de contrato, el apoyo a la supervision (si aplica) y el contratista.
b. Certificado de cumplimiento expedido por el supervisor del contrato.
c. Copia de la planilla de pago de los aportes al régimen de seguridad social integral en proporción al valor devengado en el mes anterior, de acuerdo con lo consagrado en el Decreto 1273 de 2018. Nota: Para efectos del último pago, deberá entregar "Formato de Control de Retiro", debidamente diligenciado y firmado por quienes corresponda.

	VALOR CONTRATO	RECURSOS FDLPA
VALOR INICIAL	-	19.250.000
ADICIONES		
VALOR ADICION 1	-	5.500.000
VALOR ADICION 2	-	-
VALOR ADICION 3	-	-
VALOR ADICION 4	-	-
VALOR TOTAL DEL CONTRATO Y/O CONVENIO(APORTES FDLPA)	-	24.750.000

FECHAS		EJECUCION EN MES (ES)	DIAS
FECHA DE INICIO	1/03/2022	PLAZO INICIAL	7	0
TERMINACION INICIAL	30/09/2022			
PRORROGAS				
FECHA PRORROGA 1	1/10/2022	No MESES PRORROGA 1	2	0
FECHA PRORROGA 2	N/A	No MESES PRORROGA 2	0	0
FECHA PRORROGA 3	N/A	No MESES PRORROGA 3	0	0
FECHA PRORROGA 4	N/A	No MESES PRORROGA 4	0	0
TERMINACION CON PRORROGAS Y/O SUSPENSIONES	30/11/2022	TOTAL EN MESES O DIAS	9	0

FECHA CESION 1	N/A	FECHA SUSPENSION 1	N/A	FECHA REINICIO 1	N/A
FECHA CESION 2	N/A	FECHA SUSPENSION 2	N/A	FECHA REINICIO 2	N/A
FECHA CESION 3	N/A	FECHA SUSPENSION 3	N/A	FECHA REINICIO 3	N/A
FECHA CESION 4	N/A	FECHA SUSPENSION 4	N/A	FECHA REINICIO 4	N/A

3. **INFORMACION DEL INTERVENTOR, SUPERVISOR O APOYO A LA SUPERVISION**

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL	APOYO A LA SUPERVISION	RAFAEL ARTURO JAQUE TENJO	VINCULACION	CONTRATISTA	NUMERO Y AÑO CONTRATO DE INTERVENTORIA O SUPERVISION	CPS 288-2022

4. **CONTROL PAGO APORTES SEGURIDAD SOCIAL**

BASE INGRESO COTIZACION IBC (SEGÚN PLANILLA OPERADOR)		0
VALOR A PORTE A SALUD		0
VALOR A PORTE A PENSION	SI	0
VALOR APORTE A R.L.		
TOTAL APORTES SEGURIDAD SOCIAL PARA ESTE PAGO		0

Bajo la gravedad de juramento el Contratista con su firma en el informe de actividades certifica que los recibos de pago de aportes a salud, pensión y ARL, anexos a este documento corresponden a ingresos provenientes del contrato materia de este pago sujeto a Retención en la fuente y Reteica (ART.23 LEY 1150/2007 RESOLUCION 1195/2009 S.H.D.)

5. **CONTROL ANTICIPO**

VALOR ANTICIPO INICIAL	VALOR ADICION	TOTAL ANTICIPO	AMORTIZACION PRESENTE RECIBO A SATISFACCION	SALDO POR AMORTIZAR DEL ANTICIPO
0	-	-	0	0

5. **CONTROL RETENCION EN GARANTIA**

SALDO ANTERIOR	VALOR RETENCION EN ESTA - PRESENTE CORTE	ACUMULADO RETENCION EN GARANTIA

6. **INFORMACION PARA EL PAGO**

ASPECTOS FINANCIEROS PAGO PARCIAL Y/O FINAL	
VALOR TOTAL CONTRATADO	24.750.000
ACUMULADO CORTES PARCIALES	20.625.000
SALDO POR EJECUTAR	4.125.000
EJECUCION FISICA PRESENTE CORTE (%/# TOTAL ANTES DE IVA)	2.750.000
IVA	-
VALOR TOTAL EJECUCION FISICA PRESENTE CORTE	2.750.000
MENOS: AMORTIZACION ANTICIPO	-
MENOS: RETENCION EN GARANTIA	-
MENOS OTROS DESCUENTOS X VR NO RECONO	-
VALOR AUTORIZADO A PAGAR	2.750.000
NETO A PAGAR PRESENTE CORTE	2.750.000

INFORMACION PRESUPUESTAL

No. REGISTRO PPTAL	RUBRO PRESUPUESTAL	VALOR REGISTRO PPTAL	GIROS ACUMULADO ANTERIOR	GIROS VALOR A AFECTAR EN ESTE CORTE	GIROS ACUMULADO GIROS	GIROS SALDO REGISTRO PPTAL
540	3-3-1-15-01-20-0500-000 Vig.act	19.250.000	19.250.000		19.250.000	-
915	3-3-1-15-01-20-0500-000 Vig.act	5.500.000	1.375.000	2.750.000	4.125.000	1.375.000
-	0	0	-		-	-
-	0	0	-		-	-
-	0	0	-		-	-
-	0	0	-		-	-
	TOTALES	24.750.000	20.625.000	2.750.000	23.375.000	1.375.000
		OK		OK		OK

SON: (Valor en letras): DOS MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS

PORCENTAJE DE EJECUCION PRESUPUESTAL ANTES PRESENTE CORTE: 83%

PORCENTAJE EJECUCION PRESUPUESTAL INCLUIDO ESTE CORTE: 94%

7. **RESUMEN RECIBOS A SATISFACCION APROBADOS** (REGISTRA EJECUCION FISICA DEL PROYECTO)

No	FECHA	CONCEPTO	VALOR
1	(4 MARZO (2022)	1er recibo parcial	1.375.000
2	18 Mayo (2022)	2do recibo parcial	2.750.000
3	18 Mayo (2022)	3er recibo parcial	2.750.000
4	16 Junio (2022)	4to recibo parcial	2.750.000
5	18 JULIO (2022)	5to recibo parcial	2.750.000
6	16 Agosto (2022)	6to recibo parcial	2.750.000
7	5 SEPTIEMBRE (202	7mo recibo parcial	2.750.000
8	15 Octubre (2022)	8vo recibo parcial	2.750.000
9	(4 NOVIEMBRE (2022)	9no recibo parcial	2.750.000
10		10mo recibo parcial	
11		11mo recibo parcial	
12		12mo recibo parcial	
13		13vo recibo parcial	
14		14to recibo parcial	
15		15to recibo parcial	
16		16to recibo parcial	
17		17mo recibo parcial	
18		18vo recibo parcial	
19		19no recibo parcial	
20		20mo recibo parcial	
21		21er recibo parcial	
22		22do recibo parcial	
23		23ro recibo parcial	
24		24to recibo parcial	
	TOTAL EJECUTADO		23.375.000
NUEVO SALDO POR EJECUTAR			1.375.000

VALIDACION DE SALDOS

SALDO REGISTRO PRESUPUESTAL	1.375.000
+ (MAS): SALDO POR AMORTIZAR DEL ANTICIPO	0
(-) MENOS: SALDO ACUMULADO RETENCION EN GARANTIA	-
SALDO POR EJECUTAR	1.375.000 OK

EXPLIQUE RAZON DIFERENCIA

PORCENTAJE DE EJECUCION FISICA PRESENTE CORTE	11%
PORCENTAJE DE EJECUCION FISICA ACUMULADO	94%

a los 16 dias del mes de NOVIEMBRE de dos mil (2022)

RAFAEL ARTURO JAQUE TENJO recibe a satisfacción el informe presentado por el contratista con el fin de gestionar el pago NUEVE 7 del contrato PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION 173 de 2022 en cumplimiento de la Clausula dejando constancia que se cumplió con el objeto del contrato, las obligaciones establecidas, el plazo previsto y el pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud y Pensiones, de acuerdo con los documentos presentados por el contratista y anexos al presente documento.

NÚMERO DE PIN: 24511952 PERIODO COTIZADO MES (ES) Octubre AÑO 2022

RAFAEL ARTURO JAQUE TENJO
APOYO A LA SUPERVISION

Vo BO AUTORIZA GIRO
JUAN PABLO BELTRÁN VARGAS
ALCALDE LOCAL

C.C. 79.849.223 de BOGOTA
C.C. - de 0

C.C 1.022.389.187 de BOGOTA

Version 2022-1

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE GOBIERNO

GESTIÓN CORPORATIVA
GESTIÓN CORPORATIVA INSTITUCIONAL
ALCALDÍA LOCAL DE PUENTE ARANDA

ART 383 ☑

FORMATO CÁLCULO DE IMPUESTOS

CONTRATO No.	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION 1732022		**FECHA:**	29/11/2022
CONTRATISTA:	DIEGO ENRIQUE BUENO TRIVIÑO		**NIT. o C.C.**	1,013,634,735
PERIODO:	**Del** 16 de octubre de 2022	**Al**	15 de noviembre de 2022	
PAGO No.	9	Documento No.	**Cuenta cobro**	9

Responsable IVA ☐ **Pensionado** ☐ **Dependientes** ☐ **Declarante de renta** ☐

PAGO	indicador	CÓDIGO	BASE	%	VALOR
VALOR BRUTO		511180-01(9000)			2,750,000
Retefuente Honorarios	0	2-4-36-03	-	0.00%	0
Retefuente Servicios	0	2-4-36-05	-	0.00%	0
Retefuente Art 383	44	2-4-36-15-02	2,062,500	0.00%	0
Reteiva	40	2-4-36-25	-	0.00%	0
Reteica	39	2-4-36-27	2,750,000	9.66%	26,565
Otros Ajustes de Reten.			-	0.00	0
TOTAL DESCUENTOS					26,565
NETO A PAGAR		240101-(0100)			2,723,435

GLORIA LUZ CRUZ GIL
Contador F.D.L

DIANA CAROLINA TORRES MORENO
Responsable de Presupuesto F.D.L.

Elaboró:

Aprobó:

PLANILLA MES DEL INGRESO ☐ OCTUBRE

1

OBSERVACIONES Y/O NOTAS: **OK.RUT.RIT Y CERTIFICADO TRIBUTARIO**

VALOR CERTIFICADO DEDUCCION X MES

FECHA DE INICIO	1/03/2022	1/03/2022	Valor cuenta AFC	-
RUT			Pago por medicina prepagada, planes adicionales de salud y pagos por seguros de	-
RIT			Valor intereses de vivienda	-
CERTIFICACION TRIBUTARIA			Aportes voluntario a Fondos de Pensiones	-
			Deduccion dependientes	-
			Renta excenta 25%	687,500

Base para pago de salud, pensión y ARL	1,100,000	VALOR PAGADO	
Aporte obligatorio para salud - 12,5%	137,500	-	REVISAR
Aporte obligatorio para pensión - 16% (+) FSP	176,000	-	REVISAR
Aporte obligatorio ARL	5,742	-	REVISAR
TOTAL APORTES SALUD Y PENSIÓN	319,242	-	REVISAR

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Historial de Pagos por Proveedor

CÓDIGO DE TERCERO	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE
1005406245	CC	1013634735	DIEGO ENRIQUE BUENO

173-22

Item	Nombre entidad	Referencia	Numero Documento Contable	POS. CxP	Fecha Cont.CxP en la Entidad	Fecha Radicación Tesorería Distrital	Estado	Fecha de Estado AAAA-MM-DD	Documento Compensación Según Estatus	Forma de Pago	Valor Bruto	Valor Neto	Cuenta Bancaria	Fecha Entrega Cheque a ventanilla	Endoso
1	FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE PUENTE ARANDA	CUENTA COBRO 9	3000967452	002	01-dic-22	01-dic-22	PAGADA	02-dic-22	5001986778	Transferencia Giradora	2.750.000	2.723.435	3112634569 AHORROS Banco Davivienda S A - DAVIPLATA		

Detalle de descuentos tributarios

Numero Documento Contable	Descripción	% Descuento	Base Retención	Valor Retención
3000967452	RETEICA 9.66 X MIL	0.9660	2.750.000	26.565
			TOTAL DESCUENTOS	26.565

Información presupuestal

Numero Documento Contable	CRP	Posición CRP	PosPre	Fondo	PP
3000967452	5000368446	001	10	1-100-I002	2022

16-ene-23 14:34:11

Otra información:

* Si su documento tiene Estatus Registrada, se encuentra en trámite en la entidad ordenadora del pago. Por favor póngase en contacto con la entidad.

Si su consulta no presenta fecha de pago y tiene estatus de Rechazada o Anulada, su pago no pudo ser aplicado. Por favor póngase en contacto con la entidad ordenadora del pago.

ALCALDÍA LOCAL DE PUENTE ARANDA
FONDO DE DESARROLLO LOCAL

RECIBO A SATISFACCION PERSONA NATURAL No. 10 — PARCIAL [ ] — FINAL [X]

(FORMATO DE AUTOCONTROL Versión 2022-1)

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL: DD 16 de NOVIEMBRE AA de 2022 — Y EL: DD 30 de NOVIEMBRE MM AA de 2022

CLASE DE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION — No. 173 — VIGENCIA 2022

1. INFORMACION DEL CONTRATISTA

RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA :	Diego Enrique Bueno Triviño			C.C. No.	1.013.634.735
DIRECCIÓN:	Cra 42 # 1c-16	TELEFONO	3112634569	CORREO ELECTRONICO	debuenot@gmail.com
CEDENTE (Si hubo cesion, escriba el nombre de quien lo cedio)	0				
NIT ó C.C. CONTRATISTA QUE CEDIO EL CONTRATO	0				

INFORMACION BANCARIA

ENTIDAD BANCARIA	CLASE DE CUENTA	No. CUENTA
DAVIPLATA	AHORROS	3112634569

INFORMACION PARA ENDOSO DE PAGO A UN TERCERO

NOMBRE BENEFICIARIO ENDOSO	NIT o C.C	VALOR A ENDOSAR	ENTIDAD BANCARIA	CLASE DE CUENTA	No. CUENTA
0	0	0	0	0	0

2. INFORMACION DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO:

Prestar sus servicios como instructor de formación deportiva en la ejecución de las actividades previstas para la implementación de los programas, procesos de formación deportiva y la estrategia de cuidado en el territorio en la localidad de Puente Aranda.

FORMA DE PAGO

a) El primer pago se cancelara mes vencido, en proporción a los dias ejecutados desde su fecha de inicio y hasta el último dia del mes.
b) 7 pagos mensuales vencidos de $2.750.000 (Dos Millones Setecientos Cincuenta Mil Pesos) M/Cte previa presentación de los siguientes documentos:
a. Informe de actividades mensual debidamente firmado por el supervisor de contrato, el apoyo a la supervisión (si aplica) y el contratista.
b. Certificado de cumplimiento expedido por el supervisor del contrato.
c. Copia de la planilla de pago de los aportes al régimen de seguridad social integral en proporción al valor devengado en el mes anterior, de acuerdo con lo consagrado en el Decreto 1273 de 2018. Nota: Para efectos del último pago, deberá entregar "Formato de Control de Retiro", debidamente diligenciado y firmado por quienes corresponda.

	VALOR CONTRATO	RECURSOS FDLPA
VALOR INICIAL	-	19.250.000
ADICIONES		
VALOR ADICION 1	-	5.500.000
VALOR ADICION 2	-	-
VALOR ADICION 3	-	-
VALOR ADICION 4	-	-
VALOR TOTAL DEL CONTRATO Y/O CONVENIO(APORTES FDLPA)	-	24.750.000

24.750.000

FECHAS		EJECUCION EN MES (ES)		DIAS
FECHA DE INICIO	01/03/2022	PLAZO INICIAL	7	0
TERMINACION INICIAL	30/09/2022			
PRORROGAS				
FECHA PRORROGA 1	01/10/2022	No MESES PRORROGA 1:	2	0
FECHA PRORROGA 2	N/A	No MESES PRORROGA 2	0	0
FECHA PRORROGA 3	N/A	No MESES PRORROGA 3	0	0
FECHA PRORROGA 4	N/A	No MESES PRORROGA 4	0	0
TERMINACION CON PRORROGAS Y/O SUSPENSION (ES)	30/11/2022	TOTAL EN MESES O DIAS	9	0

FECHA CESION 1	N/A	FECHA SUSPENSION 1	N/A	FECHA REINICIO 1	N/A
FECHA CESION 2	N/A	FECHA SUSPENSION 2	N/A	FECHA REINICIO 2	N/A
FECHA CESION 3	N/A	FECHA SUSPENSION 3	N/A	FECHA REINICIO 3	N/A
FECHA CESION 4	N/A	FECHA SUSPENSION 4	N/A	FECHA REINICIO 4	N/A

3. INFORMACION DEL INTERVENTOR, SUPERVISOR O APOYO A LA SUPERVISION

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL	APOYO A LA SUPERVISION	RAFAEL ARTURO JAQUE TENJO	VINCULACION	CONTRATISTA	NUMERO Y AÑO CONTRATO DE INTERVENTORIA O SUPERVISION	CPS 288-2022

4. CONTROL PAGO APORTES SEGURIDAD SOCIAL

BASE INGRESO COTIZACION (IBC-SEGUN PLANILLA OPERADOR)	1.100.000	
	BASE CORRECTA	
VALOR APORTE A SALUD		137.500
VALOR APORTE A PENSION	SI	176.000
VALOR APORTE A R L		26.800
TOTAL APORTES SEGURIDAD SOCIAL PARA ESTE PAGO		340.300

Bajo la gravedad de juramento el Contratista con su firma en el informe de actividades certifica que los recibos de pago de aportes a salud, pensión y ARL ,anexos a este documento corresponden a ingresos provenientes del contrato materia de este pago sujeto a Retención en la fuente y Reteca. (ART 23 LEY 1150/2007 RESOLUCION 1195/2009 S.H.D.)

5. CONTROL ANTICIPO

VALOR ANTICIPO INICIAL	VALOR ADICION	TOTAL ANTICIPO	AMORTIZACION PRESENTE RECIBO A SATISFACCION	SALDO POR AMORTIZAR DEL ANTICIPO
0	-	-	0	0

5. CONTROL RETENCION EN GARANTIA

SALDO ANTERIOR	VALOR RETENCION EN ESTA PRESENTE CORTE	ACUMULADO RETENCION EN GARANTÍA
	-	-

6. INFORMACION PARA EL PAGO

ASPECTOS FINANCIEROS PAGO PARCIAL Y/O FINAL	
VALOR TOTAL CONTRATADO	24.750.000
ACUMULADO CORTES PARCIALES	23.375.000
SALDO POR EJECUTAR	1.375.000
EJECUCION FISICA PRESENTE CORTE (SUB-TOTAL ANTES DE IVA)	1.375.000
IVA	
VALOR TOTAL EJECUCION FISICA PRESENTE CORTE	1.375.000
MENOS: AMORTIZACION ANTICIPO	-
MENOS: RETENCION EN GARANTIA	-
MENOS:OTROS DESCUENTOS X VR NO RECONO	-
VALOR AUTORIZADO A PAGAR	1.375.000
NETO A PAGAR PRESENTE CORTE	1.375.000

INFORMACION PRESUPUESTAL

No. REGISTRO PPTAL	RUBRO PRESUPUESTAL	VALOR REGISTRO PPTAL	GIROS DETALLE GIROS: ACUMULADO ANTERIOR	VALOR A AFECTAR EN ESTE CORTE	ACUMULADO GIROS	SALDO REGISTRO PPTAL
540	02301160120000000187 Vig.act	19.250.000	19.250.000		19.250.000	-
915	02301160120000000187 Vig.act	5.500.000	4.125.000	1.375.000	5.500.000	-
-	0	0	-		-	-
-	0	0	-		-	-
-	0	0	-		-	-
-	0	0	-		-	-
	TOTALES	24.750.000	23.375.000	1.375.000	24.750.000	-
		OK	OK			OK

SON: (Valor en letras): UN MILLON TRESCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL PESOS

PORCENTAJE DE EJECUCION PRESUPUESTAL ANTES PRESENTE CORTE 94%

PORCENTAJE EJECUCION PRESUPUESTAL INCLUIDO ESTE CORTE 100%

7. RESUMEN RECIBOS A SATISFACCION APROBADOS
(REGISTRA EJECUCION FISICA DEL PROYECTO)

No	FECHA	CONCEPTO	VALOR
1	16 MARZO (2022)	1er recibo parcial	1.375.000
2	16 Mayo (2022)	2do recibo parcial	2.750.000
3	16 Mayo (2022)	3er recibo parcial	2.750.000
4	16 JUNIO (2022)	4to recibo parcial	2.750.000
5	16 JULIO (2022)	5to recibo parcial	2.750.000
6	16 Agosto (2022)	6to recibo parcial	2.750.000
7	6 SEPTIEMBRE (2022	7mo recibo parcial	2.750.000
8	16 Octubre (2022)	8vo recibo parcial	2.750.000
9	16 NOVIEMBRE (2022	9no recibo parcial	2.750.000
10	1 Diciembre (2022)	10mo recibo parcial	1.375.000
11		11mo recibo parcial	
12		12mo recibo parcial	
13		13vo recibo parcial	
14		14to recibo parcial	
15		15to recibo parcial	
16		16to recibo parcial	
17		17mo recibo parcial	
18		18vo recibo parcial	
19		19no recibo parcial	
20		20mo recibo parcial	
21		21to recibo parcial	
22		22do recibo parcial	
23		23ro recibo parcial	
24		24to recibo parcial	
		TOTAL EJECUTADO	24.750.000

NUEVO SALDO POR EJECUTAR -

VALIDACION DE SALDOS

SALDO REGISTRO PRESUPUESTAL	-
+ (MAS): SALDO POR AMORTIZAR DEL ANTICIPO	0
(-) MENOS: SALDO ACUMULADO RETENCION EN GARANTIA	-
SALDO POR EJECUTAR	- OK

EXPLIQUE RAZÓN DIFERENCIA

PORCENTAJE DE EJECUCION FISICA PRESENTE CORTE	6%
PORCENTAJE DE EJECUCION FISICA ACUMULADO	100%

a los 1 dias del mes de Diciembre de dosmil veintidos (2022) RAFAEL ARTURO JAQUE TENJO recibe a satisfacción el informe presentado por el contratista con el fin de gestionar el pago DIEZ en cumplimiento de la Cláusula 7 del contrato PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION 173 de 2022 dejando constancia que se cumplió con el objeto del contrato, las obligaciones establecidas, el plazo previsto y el pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud y Pensiones, de acuerdo con los documentos presentados por el contratista y anexos al presente documento.

NÚMERO DE PIN: 24857571

PERIODO COTIZADO MES (ES) Noviembre AÑO 2022

RAFAEL ARTURO JAQUE TENJO
APOYO A LA SUPERVISION
C.C. 79.849.223 de BOGOTA
C.C. - de 0

Vo.BO. AUTORIZA GIRO
JUAN PABLO BELTRÁN VARGAS
ALCALDE LOCAL
C.C 1.022.389.187 de BOGOTA

Version 2022-1

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE GOBIERNO

GESTIÓN CORPORATIVA ART 383 ☑
GESTIÓN CORPORATIVA INSTITUCIONAL
ALCALDÍA LOCAL DE PUENTE ARANDA

FORMATO CÁLCULO DE IMPUESTOS ☑

CONTRATO No.	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION	1732022	**FECHA:**	23/12/2022
CONTRATISTA:	DIEGO ENRIQUE BUENO TRIVIÑO		**NIT. o C.C.**	1.013.634.735
PERIODO:	**Del** 16 de noviembre de 2022	**Al**	30 de noviembre de 2022	
PAGO No.	10 Final	Documento No.	**Cuenta cobro**	10

Responsable IVA ☐ **Pensionado** ☐ **Dependientes** ☐ **Declarante de renta** ☐

PAGO	indicador	CÓDIGO	BASE	%	VALOR
VALOR BRUTO		511180-01(9000)			1.375.000
Retefuente Honorarios	0	2-4-36-03	-	0,00%	0
Retefuente Servicios	0	2-4-36-05	-	0,00%	0
Retefuente Art 383	44	2-4-36-15-02	913.688	0,00%	0
Reteiva	40	2-4-36-25	-	0,00%	0
Reteica	39	2-4-36-27	1.218.250	9,66%	11.768
Otros Ajustes de Reten.			-	0,00	0
TOTAL DESCUENTOS					11.768
NETO A PAGAR		240101-(0100)			1.363.232

GLORIA LUZ CRUZ GIL.
Contador F.D.L

DIANA CAROLINA TORRES MORENO
Responsable de Presupuesto F.D.L.

Elaboró:
Aprobó:

PLANILLA MES DEL INGRESO ☑ NOVIEMBRE

1

OBSERVACIONES Y/O NOTAS: **OK.RUT.RIT Y CERTIFICADO TRIBUTARIO**

VALOR CERTIFICADO DEDUCCION X MES

FECHA DE INICIO	1/03/2022	1/03/2022	
RUT			
RIT			
CERTIFICACION TRIBUTARIA			

Valor cuenta AFC	-
Pago por medicina prepagada, planes adicionales de salud y pagos por seguros de	-
Valor intereses de vivienda	-
Aportes voluntario a Fondos de Pensiones	-
Deduccion dependientes	
Renta excenta 25%	304.563

Base para pago de salud, pensión y ARL	550.000	VALOR PAGADO	
Aporte obligatorio para salud - 12,5%	68.750	68.750	OK
Aporte obligatorio para pensión - 16% (+) FSP	88.000	88.000	OK
Aporte obligatorio ARL	2.871	2.871	OK
TOTAL APORTES SALUD Y PENSIÓN	159.621	159.621	OK

189

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Historial de Pagos por Proveedor

CÓDIGO DE TERCERO	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE
1005406245	CC	1013634735	DIEGO ENRIQUE BUENO

173

Item	Nombre entidad	Referencia	Numero Documento Contable	POS. CxP	Fecha Cont.CxP en la Entidad	Fecha Radicación Tesorería Distrital	Estado	Fecha de Estado AAAA-MM-DD	Documento Compensación Según Estatus	Forma de Pago	Valor Bruto	Valor Neto	Cuenta Bancaria *	Fecha Entrega Cheque a ventanilla	Endoso
1	FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE PUENTE ARANDA	CUENTA COBRO 10F	3001104770	002	29-dic-22	29-dic-22	PAGADA	05-ene-23	5000015879	Transferencia Giradora	1.375.000	1.363.232	3112634569 AHORROS Banco Davivienda S.A - DAVIPLATA		

Detalle de descuentos tributarios

Numero Documento Contable	Descripción	% Descuento	Base Retención	Valor Retención
3001104770	RETEICA 9.66 X MIL	0.9660	1.218.250	11.768
			TOTAL DESCUENTOS	11.768

Información presupuestal

Numero Documento Contable	CRP	Posición CRP	PosPre	Fondo	PP
3001104770	5000368446	001	10	1-100-1002	2022

	26-ene-23 10:00:05
	Otra información:
*	Si su documento tiene Estatus Registrada, se encuentra en trámite en la entidad ordenadora del pago. Por favor póngase en contacto con la entidad.
	Si su consulta no presenta fecha de pago y tiene estatus de Rechazada o Anulada, su pago no pudo ser aplicado. Por favor póngase en contacto con la entidad ordenadora del pago.