FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES 2024
LOCALIDAD DE FUENTE ARANDA

PROFESOR:	Rosemberg Gutierrez	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Milenta - Tejar		
DEPORTE:	Futbol		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Milenta - Tejar		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	DIEGO LEONARDO BARRERA GONZALEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1025563751	EPS:	COMPENSAR
FECHA DE NACIMIENTO:	01 ENERO 2019	EDAD:	5
DIRECCIÓN:	CALLE 32 SUR #5TA71	BARRIO:	ALCALA
TELÉFONO O CELULAR:	3115010772		

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

SI____ NO____ CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: ____ LGTBI: ____

ETNIA: Afro: ____ Room: ____ Indigena: ____

Gitano: ____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

DISCAPACIDAD: SI ____ NO X CUAL? _____

NUEVAS CIUDADANIAS: _____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	CLAUDIA	APELLIDOS:	GONZALEZ
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52832.217	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	CALLE 32 SUR 5TA-71	CELULAR:	3115010772.

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	DIEGO LEONARDO	APELLIDOS:	BARRERA.
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	79750115	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	CALLE 32 SUR 5TA-71	CELULAR:	3115066655

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 52832.217

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 FUENTE ARANDA

BOGOTÁ

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo CLAUDIA GONZALEZ RAMIREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52832.217 de BOGOTA, domiciliado en la dirección CALLE 32 SUR 51A-71, actuando en calidad de acudiente del menor DIEGO BARRERA identificado con la tarjeta de identidad No. 1025563751, 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 2024.

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

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los TRECE (13) días del mes ABRIL de 2024.

Firma: Gax

Nombre: CLAUDIA GONZALEZ C.C. 52.832.217.

Powered by CamScanner

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES 2024
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	Rosemberth Gutierrez	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Milenta - Tejar		
DEPORTE:	Futbol		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Milenta - Tejar		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Dereck Tomas Lopez Hernandez		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1011748594	EPS:	Salud total
FECHA DE NACIMIENTO:	03/07/2017	EDAD:	6 años
DIRECCIÓN:	cll 31 sur #51A50	BARRIO:	Alcala
TELÉFONO O CELULAR:	3196099553		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: _____ LGTBI: ____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ___ NO X

DISCAPACIDAD: SI ___ NO X CUAL? _____

NUEVAS CIUDADANIAS: _____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Angel Johana	APELLIDOS:	Hernandez Rodriguez
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	53097929	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	cll 31 sur #51A50	CELULAR:	3196099553

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Anderson Lopez	APELLIDOS:	Lopez
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1024490579	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	cll 31 sur #51A50	CELULAR:	3214387303

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 53097929

Angel Hernandez - Madre

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

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Angel Hernandez R., identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 53097929 de Bogotá, domiciliado en la dirección cl131a1 #51A50, actuando en calidad de acudiente del menor Derek Lopez identificado con la tarjeta de identidad No. 1011248594, 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 2024.

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

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 13 días del mes Abril de 2024.

Firma:

Nombre: Angel Hernandez C.C. 53097929 Bta.

Powered by CamScanner

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES 2024
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	Rosemberth Gutierrez	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Milenta - Tejar		
DEPORTE:	Futbol		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Milonta -tejar.		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Santiago Rodriguez Rodriguez		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1013151772	EPS:	Compensar
FECHA DE NACIMIENTO:	30 DIC. 2016	EDAD:	7
DIRECCIÓN:	cl. 17 BIS SUR #52C49	BARRIO:	Torrentinos
TELÉFONO O CELULAR:	3232457449		

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

SI___ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: ____ LGTBI: ____

ETNIA: Afro: ____ Room: ____ Indigena: ____

Gitano: ____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ___ NO X

DISCAPACIDAD: SI ___ NO X CUAL? _____

NUEVAS CIUDADANIAS: _____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Catalina del Pilar	APELLIDOS:	Rodriguez Brito
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1022376366	TELÉFONO:	3232457449
DIRECCIÓN:	Cl. 17 BIS SUR #52C49	CELULAR:	3232457449

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

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

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 1022376366

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 | BOGOTÁ

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Catalina del Pilar Rodriguez Brito, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1022376366 de Bogotá, domiciliado en la dirección cl 17 Bis Sur # 52 C 49, actuando en calidad de acudiente del menor Santiago Rodriguez identificado con la tarjeta de identidad No. 1013511772, 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 2024.

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

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 9 días del mes Abril. de 2024.

Firma: Cata y BB.

Nombre: Catalina del Pilar Rodriguez Brito C.C. 1022376366

Powered by CamScanner

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES 2024
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	Rosembert Gutierrez	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Milenta - Tejar		
DEPORTE:	Futbol		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Milenta - Tejar		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Santiago Lister Colorado		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1073023507	EPS:	Compensar
FECHA DE NACIMIENTO:	12-JUNIO-2015	EDAD:	8
DIRECCIÓN:	Cll 20sur # 52c-33	BARRIO:	Tejar
TELÉFONO O CELULAR:	3192327942 - 3192327673		

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

SI ___ NO X CUAL? ___

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: ___ LGTBI: ___

ETNIA: Afro: ___ Room: ___ Indigena: ___

Gitano: ___

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ___ NO X

DISCAPACIDAD: SI ___ NO X CUAL? ___

NUEVAS CIUDADANIAS: ___

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Angela Costanza	APELLIDOS:	Colorado Guerrero
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52.835.864	TELÉFONO:	4094009
DIRECCIÓN:	Cll 20sur # 52c-33	CELULAR:	3192327673

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Pablo Guillermo	APELLIDOS:	Lister Chaves
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	79'629.699	TELÉFONO:	4094009
DIRECCIÓN:	Cll 20sur # 52c-33	CELULAR:	3192327942

FIRMA DEL ACUDIENTE: ___ C.C. 79'629.699

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

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Pablo Guillermo Lister, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 79'679.699 de Bogotá, domiciliado en la dirección Cll 20 sur # 52c-33, actuando en calidad de acudiente del menor Santiago identificado con la tarjeta de identidad No. 1013023507, 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 2024.

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

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

En ese orden de ideas, exonero de toda responsabilidad a la Alcaldía Local de Puente Aranda, al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD así como a sus funcionarios y contratistas, por losdaños 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 cualquiertipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

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

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

Se firma en Bogotá a los 9 días del mes Abril de 2024.

Firma:

Nombre: Pablo Guillermo Lister cc 79'679.699

Powered by CamScanner

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES 2024
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR: Rosario | AÑO: 2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO: Milenta
DEPORTE: Futbol
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA: Milenta

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Martin Camilo Vanegas Zuñiga		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1144633383	EPS:	Nueva EPS
FECHA DE NACIMIENTO:	26 Feb - 2016	EDAD:	8 años
DIRECCIÓN:	Cra 36 # 16-30 Sur Int 1 Apto 102	BARRIO:	Milenta
TELEFONO O CELULAR:	3134112332		

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

SI ____ NO X CUAL? ____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: ____ LGTBI: ____

ETNIA: Afro: ____ Room: ____ Indigena: ____

Gitano: ____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

DISCAPACIDAD: SI ____ NO X CUAL? ____

NUEVAS CIUDADANIAS: ____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Estela	APELLIDOS:	Zuñiga Chaparro
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	36.285.872	TELÉFONO:	313.3390400
DIRECCIÓN:	Cra 36 # 16-30 Sur	CELULAR:	3133390400

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Christian Camilo	APELLIDOS:	Vanegas Alape
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1010176911	TELÉFONO:	3134112332
DIRECCIÓN:	Cra 36 # 16-30 Sur	CELULAR:	3134112332

FIRMA DEL ACUDIENTE: ____ C.C. 1010176911

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

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Christian Camilo Vargas A., identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1010176911 de Bogotá, domiciliado en la dirección Cra 5G #16-30 sur ch 1 Apto 202, actuando en calidad de acudiente del menor Martin Camilo Vargas T. identificado con la tarjeta de identidad No. 1144635338, 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 2024.

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

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 13 días del mes Abril de 2024.

Firma: _____

Nombre: Christian Camilo Vargas c.c. 1010176911

Powered by CamScanner

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES 2024
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	Rossembath Gutierrez	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Milenta - Tejar		
DEPORTE:	Futbol		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Milenta Tejar		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Demian Emmanuel Guerrero Valenzuela		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1141348881	EPS:	Sanitas
FECHA DE NACIMIENTO:	19 Mayo 2015	EDAD:	8 años
DIRECCIÓN:	Cll 165 # 56-44	BARRIO:	Milenta
TELÉFONO O CELULAR:	3144284368		

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

SI___ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: ____ LGTBI: ____

ETNIA: Afro: ____ Room: ____ Indigena: ____

Gitano: ____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ___ NO X

DISCAPACIDAD: SI ___ NO X CUAL? _____

NUEVAS CIUDADANIAS: _____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Diana Carolina	APELLIDOS:	Valenzuela Mojica
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1000724001	TELÉFONO:	3144284368
DIRECCIÓN:	Cll 16 Sur # 56-44	CELULAR:	3144284368

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

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

FIRMA DEL ACUDIENTE: Diana Carolina Valenzuela C.C. 1000724001

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

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Diana Carolina Valenzuela Moyca, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1000724001 de Bogotá, domiciliado en la dirección Cll 16 sur #56-44, actuando en calidad de acudiente del menor Emmanuel Cuervo identificado con la tarjeta de identidad No. 1191348881, 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 2024.

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

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 9 días del mes Abril de 2024.

Firma: Diana Valenzuela M.

Nombre: Diana Carolina Valenzuela M. c.c. 1000724001

Powered by CamScanner

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES 2024
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	Rossembert Gutierrez	AÑO	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Milenta - Tejar		
DEPORTE:	Futbol		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Milenta		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Miguel Angel Gonzalez Tobar		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1034578856	EPS:	Compensar
FECHA DE NACIMIENTO:	Dic 6 de 2015	EDAD:	8 años
DIRECCIÓN:	Cra 66A # 359	BARRIO:	Pradera
TELÉFONO O CELULAR:	3188444702	3126999538	

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

SI ___ NO X CUAL? ___

INFORMACIÓN ADICIONAL

Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: ___ LGTBI: ___

ETNIA: Afro: ___ Room: ___ Indígena: ___ Gitano: ___

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ___ NO X

DISCAPACIDAD: SI ___ NO X CUAL? ___

NUEVAS CIUDADANIAS: ___

INFORMACION FAMILIAR

(Madre)

NOMBRES:	Lavia V. Tobar	APELLIDOS:	Tobar
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1026553519	TELÉFONO:	3188444702
DIRECCIÓN:	Cra 66A # 359	CELULAR:	

INFORMACION FAMILIAR

(Padre)

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

FIRMA DEL ACUDIENTE: Mercedes Tobar CC. 51.901.217

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

Powered by CamScanner

1

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Mercedes Tobar identificada(o) con cédula de Ciudadanía No. 51 901 217 de Bogotá domiciliado en la dirección cra 66A # 3 55, actuando en calidad de acudiente del menor Miguel A. Gonzalez identificado con la tarjeta de identidad No 1034 5256, 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 2024.

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

De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentra 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 lesiones que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid 19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

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

Adicionalmente, certifico que el infante a mi cargo esta afiliado y activo en la entidad promotora de salud EPS Compensar del regimen Contributivo

Se firma en Bogotá a los 20 días del mes Abril de 2024

Firma Mercedes Tobar

Nombre Ana Mercedes Tobar cc 51 901 217

Powered by CamScanner

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES 2024
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	ROSSEMBETH GUTIERREZ	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	HILENTA-TEJAR.		
DEPORTE:	FUTBOL		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	HILENTA-TEJAR		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	MATIAS ANDREWS LOMBANA.		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1013147199	EPS:	ALIANSALUD.
FECHA DE NACIMIENTO:	24-NOV-2014	EDAD:	9 AÑOS.
DIRECCIÓN:	CL. 32S #40A-29	BARRIO:	STA. RITA.
TELÉFONO O CELULAR:	3107909967		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: _____ LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ___ NO X

DISCAPACIDAD: SI ___ NO X CUAL? _____

NUEVAS CIUDADANIAS: _____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	DIANA PILAR	APELLIDOS:	LOMBANA MARTIN.
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52'525.239	TELÉFONO:	3107909967.
DIRECCIÓN:	CL. 32S #40A-29	CELULAR:	3107909967.

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	JOSE ENRIQUE	APELLIDOS:	ANDREWS SANTIAGO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	79'609.884.	TELÉFONO:	3107909967.
DIRECCIÓN:	CL 32S #40A-29	CELULAR:	3107909967.

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 79609884 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

BOGOTÁ

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo José Enrique Andrews Santiago, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 79609884 de Bogotá, domiciliado en la dirección Cl. 32S #40A-29, actuando en calidad de acudiente del menor Matías Andrews identificado con la tarjeta de identidad No. 1013197199, 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 2024.

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

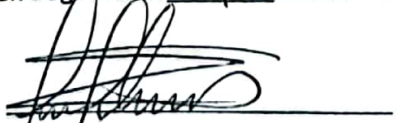
De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 09 días del mes Abril de 2024.

Firma: 

Nombre: José Andrews c.c. 79'609.884 Bta.

Powered by CamScanner

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES 2024
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	Rosembert Gutierrez	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Milenta Tejar		
DEPORTE:	Fútbol.		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Milenta		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Juan Diego Gonzalez Rojas		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1023148194	EPS:	Sanitas
FECHA DE NACIMIENTO:	31/03/2015	EDAD:	9 años
DIRECCIÓN:	Cra 41A N. 8-55 sur	BARRIO:	Ciudad Montes
TELÉFONO O CELULAR:	3102914509		

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

SI___ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: ____ LGTBI: ____

ETNIA: Afro: ____ Room: ____ Indigena: ____

Gitano: ____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ___ NO X

DISCAPACIDAD: SI ___ NO X CUAL? _____

NUEVAS CIUDADANIAS: _____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Diana Carolina	APELLIDOS:	Rojas Fernández
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1022328593	TELÉFONO:	3102914509
DIRECCIÓN:	Cra 41A N 8-55 sur	CELULAR:	3102914509

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Diego Iván	APELLIDOS:	Gonzalez Murcia
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1010165796	TELÉFONO:	3014894350
DIRECCIÓN:	Cra 80C N. 8-53	CELULAR:	3014894350

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 1022328593.

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

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Diana Carolina Rojas Fernández, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1022328593 de Bogotá, domiciliado en la dirección Cra 41 A N. 8-55 sur, actuando en calidad de acudiente del menor Juan D Gonzalez identificado con la tarjeta de identidad No. 1013148194, 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 2024.

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

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 7 días del mes Abril de 2024.

Firma:

Nombre: Diana Carolina Rojas F. C.C. 1022328593

Powered by CamScanner

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES 2024
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	Rosenbert Gutierrez	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Milenta - Tejar		
DEPORTE:	Fútbol		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Milenta - Tejar		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Juan Esteban Sánchez Prieto		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1068929746	EPS:	Compensar
FECHA DE NACIMIENTO:	13/12/2014	EDAD:	9
DIRECCIÓN:	Tv 64 # 1-56	BARRIO:	Galán
TELÉFONO O CELULAR:	3124349150		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: ____ LGTBI: ____

ETNIA: Afro: ____ Room: ____ Indígena: ____

Gitano: ____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

DISCAPACIDAD: SI ____ NO X CUAL? _____

NUEVAS CIUDADANIAS: _____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES: Yenny Liliana		APELLIDOS:	Prieto Santander
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	20370231	TELÉFONO:	3124349150
DIRECCIÓN:	Tv 64 # 1-56	CELULAR:	3124349150

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Hector Alfred	APELLIDOS:	Sánchez Jimenez
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	2956437	TELÉFONO:	3124324711
DIRECCIÓN:	Tv 64 # 1-56	CELULAR:	3124324711

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 20370231

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

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Yenny Liliana Prieto Santander, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 20370231 de Anolaima, domiciliado en la dirección Tv 64 # 1-56, actuando en calidad de acudiente del menor Juan Esteban Sánchez identificado con la tarjeta de identidad No. 1068929746, 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 2024.

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

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 6 días del mes Abril de 2024.

Firma:

Nombre: Yenny Liliana Prieto Santander c.c. 20370231

Powered by CamScanner

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES 2024
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	Rossembert Gutierrez	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Milenta - Tejar		
DEPORTE:	Futbol.		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Milenta - tejar - escuelas integrales.		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Diego Alejandro Silva Obregon		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	T.I 1025328399	EPS:	Compensar
FECHA DE NACIMIENTO:	19 octubre 2014.	EDAD:	9 años.
DIRECCIÓN:	Cra 55 #18-68 sur.	BARRIO:	Milenta
TELÉFONO O CELULAR:	3154544174		

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

SI___ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: ____ LGTBI: ____

ETNIA: Afro: ____ Room: ____ Indigena: ____

Gitano: ____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ___ NO X

DISCAPACIDAD: SI ___ NO X CUAL? _____

NUEVAS CIUDADANIAS: _____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Maritza	APELLIDOS:	Obregon
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52821558	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	Cra 55 #18-68 Sur	CELULAR:	3154544174

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Mario Nelson	APELLIDOS:	Silva.
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	13-541526	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	Cra 55 #18-68 Sur	CELULAR:	3192300318

FIRMA DEL ACUDIENTE: Maritza Obregon C.C. 52.821.558

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

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Maritza Obregon identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52821558 de Bogota. domiciliado en la dirección Cr 55 #18-68 sur, actuando en calidad de acudiente del menor Diego A Silva O. identificado con la tarjeta de identidad No. 1.025.328.399, manifiesto que este 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 2024.

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

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

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

Por medio del presente documento declaro y autorizo a la Alcaldía Local de Puente Aranda y al Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, a difundir y utillzar 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 8 días del mes Abril de 2024.

Firma: Maritza Obregón

Nombre: Maritza Obregon c.c. 52-821558

Powered by CamScanner

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES 2024
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	Rosember Gutierres	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	milenta tejar		
DEPORTE:	futbol		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	milenta tejar		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	matias Acevedo Arellano		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1013 146 771	EPS:	Sanitas
FECHA DE NACIMIENTO:	11/10/2014	EDAD:	9
DIRECCIÓN:	Cll 37 sur #51a - 56	BARRIO:	Alcala
TELÉFONO O CELULAR:	312 492 4030		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: ____ LGTBI: ____

ETNIA: Afro: ____ Room: ____ Indigena: ____

Gitano: ____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

DISCAPACIDAD: SI ____ NO X CUAL? _____

NUEVAS CIUDADANIAS: _____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	maria Fernanda	APELLIDOS:	Arellano Embrech
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1022430896	TELÉFONO:	323 270 7502
DIRECCIÓN:	Cll 37 sur #51a - 56	CELULAR:	323 270 7502

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Santiago	APELLIDOS:	Acevedo Vega
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1022430897	TELÉFONO:	3124924030
DIRECCIÓN:	Cll 37 sur #51a-56	CELULAR:	3124924030

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 1022430897

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

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Santiago Acevedo Vega, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1022430897 de Bogota, domiciliado en la dirección cll 31 sur #51a - 56, actuando en calidad de acudiente del menor matias Acevedo identificado con la tarjeta de identidad No. 1013 146 471, 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 2024.

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

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 13 días del mes abril de 2024.

Firma: 

Nombre: Santiago Acevedo c.c. 1022430897

Powered by CamScanner

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES 2024
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	Rossemberth Gutierrez	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Milenta – Tejar		
DEPORTE:	Futbol		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Milenta – Tejar		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Camilo Esteban Ariza Lisker		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1011227050	EPS:	Compensar
FECHA DE NACIMIENTO:	16 Agosto 2013	EDAD:	10 años
DIRECCIÓN:	C1120 3 N°52c 33	BARRIO:	Tejar
TELÉFONO O CELULAR:	3174926154 -		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL

Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: _____ LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indígena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

DISCAPACIDAD: SI ____ NO X CUAL? _____

NUEVAS CIUDADANIAS: _____

INFORMACIÓN FAMILIAR

(Madre)

NOMBRES:	Monica Isabel Lisker	APELLIDOS:	Lisker Chaves
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	52106019	TELÉFONO:	3174926154
DIRECCIÓN:	C1120°N°52c33	CELULAR:	3174926154

INFORMACION FAMILIAR

(Padre)

NOMBRES:	Flaminio	APELLIDOS:	Ariza Botia
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	79535906	TELÉFONO:	3155359979
DIRECCIÓN:	C11 20 52c33.	CELULAR:	3155359979

FIRMA DEL ACUDIENTE: Monica Isabel Lisker Chaves C.C. 52106019.

FIRMA DEL PROFESOR (A): _____

C.C._____

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

JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE PUENTE ARANDA

BOGOTÁ

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Monica Isabel Lisker Chaves, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52106019 de Bogotá, domiciliado en la dirección CL 20ª Nº 52c 33., actuando en calidad de acudiente del menor Camilo Estefan Ariza identificado con la tarjeta de identidad No. 1011227050, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2024.

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

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 9 días del mes Abril de 2024.

Firma: Monica Isabel Lisker Ch.

Nombre: Monica Isabel Lisker Chaves c.c. 52106019

Powered by CamScanner

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES 2024
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:		AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Milenio		
DEPORTE:	Futbol		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Johan Gonzalez Coca		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1026255442	EPS:	Famisanar
FECHA DE NACIMIENTO:	28/04/2013	EDAD:	10 años
DIRECCIÓN:	TR 52 B # 2A - 52	BARRIO:	El sol
TELÉFONO O CELULAR:	3228350061		

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

SI ____ NO X CUAL? _____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: ____ LGTBI: ____

ETNIA: Afro: ____ Room: ____ Indigena: ____

Gitano: ____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

DISCAPACIDAD: SI ____ NO X CUAL? _____

NUEVAS CIUDADANIAS: _____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Jenny Carolina	APELLIDOS:	Coca Olivero
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1016030102	TELÉFONO:	3125958296
DIRECCIÓN:	TR 52 B # 2A - 52	CELULAR:	

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Jhon Edwin	APELLIDOS:	Gonzalez Canastero
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1026258909	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	TR 52 B # 2A - 52	CELULAR:	3228350061

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 1026258909

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

LOCAL DE PUENTE ARANDA

BOGOTÁ

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Jhon Edwin Gonzalez, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1026558909 de Bogota. domiciliado en la dirección TR 52B #2A -52, actuando en calidad de acudiente del menor Johnny Gonzalez identificado con la tarjeta de identidad No. 1220210448, manifiesto que éste se encuentra expresamente autorizado para participar en el programa de Escuelas Integrales de la Alcaldía Local de Puente Aranda, previsto para desarrollarse en la ciudad de Bogotá en su versión 2024.

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

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 10 días del mes Abril de 2024.

Firma:

Nombre: Jhon Edwin Gonzalez c.c. 1026558909

Powered by CamScanner

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES 2024
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	Rosember Gutierrez	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Parque Milenta - Tejar		
DEPORTE:	Futbol		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Galán -		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	José Dario Castillo Galvis		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1.011.061.185 TI	EPS:	Famisanar - Cafam
FECHA DE NACIMIENTO:	19 de abril de 2012	EDAD:	11
DIRECCIÓN:	Carrera 58 # 2a-79	BARRIO:	Galán
TELÉFONO O CELULAR:	3102365180		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: _____ LGTBI: ____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: ____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ___ NO X

DISCAPACIDAD: SI ___ NO ___ CUAL? _____

NUEVAS CIUDADANIAS: _____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Maria Teresa	APELLIDOS:	Castillo Galvis
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1.033.717.552	TELÉFONO:	3102365180
DIRECCIÓN:	Carrera 58 # 2A-79	CELULAR:	

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

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

FIRMA DEL ACUDIENTE: Maria Teresa Castillo Galvis Digitally signed by Maria Teresa Castillo Galvis DN: cn=Maria Teresa Castillo Galvis, email=Maria.T.Castillo@co.ey.com Date: 2024.04.06 15:49:21 -05'00' C.C.1.033.717.552

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 | BOGOTÁ

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Maria Teresa Castillo Galvis, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.033.717.552 de Btá, domiciliado en la dirección Carrera 58 # 2A-79, actuando en calidad de acudiente del menor José Castillo Galvis identificado con la tarjeta de identidad No. 1.011.106.185, 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 2024.

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

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 6 dias días del mes Abril de 2024.

Firma: Teresa Castillo Galvis

Nombre: Maria Teresa Castillo Galvis C.C. 1.033.717.552

Powered by CamScanner

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES 2024
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	Rosembert Gutierrez	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Milenta Tejar		
DEPORTE:	Fútbol		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Milenta		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	Gabriel Gonzalez Rojas		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1013139847	EPS:	Sanitas
FECHA DE NACIMIENTO:	01/oct/2012	EDAD:	11 años
DIRECCIÓN:	Cra 41A N. 8-55 sur	BARRIO:	Ciudad montes.
TELÉFONO O CELULAR:	3102914509		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: ____ LGTBI: ____

ETNIA: Afro: ____ Room: ____ Indigena: ____

Gitano: ____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

DISCAPACIDAD: SI ____ NO X CUAL? _____

NUEVAS CIUDADANIAS: _____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Diana Carolina	APELLIDOS:	Rojas Fernández
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1022328593	TELÉFONO:	3102914509
DIRECCIÓN:	Cra 41A N. 8-55 sur	CELULAR:	3102914509

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Diego Ivan	APELLIDOS:	Gonzalez Murcia
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1010165796	TELÉFONO:	3014894550
DIRECCIÓN:	Cra 80C N. 8-53	CELULAR:	3014894550

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 1022328593

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

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Diana Carolina Rojas F., identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1022328593 de Bogotá, domiciliado en la dirección Cra 41 A N. 8-55 Sur, actuando en calidad de acudiente del menor Gabriel Gonzalez identificado con la tarjeta de identidad No. 1013139842, 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 2024.

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

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 7 días del mes Abril de 2024.

Firma:

Nombre: Diana Carolina Rojas F. C.C. 1022328593

Powered by CamScanner

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES 2024
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

		AÑO:	2024
PROFESOR:	Kassmbert Gutierrez		
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Milenta - Tejar		
DEPORTE:	Futbol -		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:			

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	MARCOS ALEJANDRO MONSALVE BUSTAMANTE	EPS:	COMPENSAR
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	TPT 5235853	EDAD:	11 AÑOS
FECHA DE NACIMIENTO:	18/08/2012	BARRIO:	MILENTA
DIRECCIÓN:	Kr 58 18 SUR 30 IN 1 AP 502		
TELÉFONO O CELULAR:	3124484538		

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

SI____ NO X____ CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: _____ LGTBI: _____

ETNIA: Afro: _____ Room: _____ Indigena: _____

Gitano: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X.

DISCAPACIDAD: SI ____ NO X CUAL? _____

NUEVAS CIUDADANIAS: _____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Juveri KAROLS.	APELLIDOS:	BOSTOMONTE CHACON
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	CE 4919963	TELÉFONO:	3124484538.
DIRECCIÓN:	Kr 58 18 SUR 30 IN 1 AP 502	CELULAR:	601-5128359.

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

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

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. CE 4919963

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 | BOGOTÁ

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Juvexi Karolis Bustamante identificado(a) con cédula de ciudadanía No. CE 4919963 de Bogota, domiciliado en la dirección Kr 54 18 Sur 30 In 1 Apto 502., actuando en calidad de acudiente del menor Nahuel Narvaez. identificado con la tarjeta de identidad No. PPT 5235853., 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 2024.

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

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 13 días del mes Marzo de 2024.

Firma:

Nombre: Juvexi Karolis Bustamante c.c. CE 4919963.

Powered by CamScanner

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES 2024
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

PROFESOR:	ROSSEMBERTH GUTIERREZ	AÑO:	2024
LUGAR DE ENTRENAMIENTO:	Milenta Tejar		
DEPORTE:	Futbol		
BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA:	Milenta Tejar		

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	ALVIN NICOLAS Angel Chinchilla		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	1025550704	EPS:	Compensar
FECHA DE NACIMIENTO:	09 oct - 2012	EDAD:	11 años.
DIRECCIÓN:	Cr 63 # 19-07 Sur	BARRIO:	Milenta
TELÉFONO O CELULAR:	3138927120		

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

SI____ NO X CUAL?_____

INFORMACIÓN ADICIONAL
Marque con una X donde corresponda

GENERO: Masculino: X Femenino: ____ LGTBI: ____

ETNIA: Afro: ____ Room: ____ Indigena: ____

Gitano: ____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI ____ NO X

DISCAPACIDAD: SI ____ NO X CUAL? _____

NUEVAS CIUDADANIAS: _____

INFORMACION FAMILIAR
(Madre)

NOMBRES:	Diana Milena	APELLIDOS:	Chinchilla Garcia.
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	53010266	TELÉFONO:	3138927120
DIRECCIÓN:	Cr 63 # 19-07 Sur	CELULAR:	

INFORMACION FAMILIAR
(Padre)

NOMBRES:	Ricardo	APELLIDOS:	Angel Correa.
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	80072563	TELÉFONO:	3142635937.
DIRECCIÓN:	Cr 63 # 19 07 Sur	CELULAR:	

FIRMA DEL ACUDIENTE: Ricardo Angel C.C. 80072563

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

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Ricardo Angel, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 80072563 de Bogota, domiciliado en la dirección CL 63 # 19 07 SUR, actuando en calidad de acudiente del menor Nicolas Angel, identificado con la tarjeta de identidad No. 1025550704, 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 2024.

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

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

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

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

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

Se firma en Bogotá a los 24 días del mes Abril de 2024.

Firma: Ricardo Angel

Nombre: Ricardo Angel C.C. 80072563

Powered by CamScanner