**FICHA DE INSCRIPCIÓN**
**ESCUELAS INTEGRALES 2024**
**LOCALIDAD DE PUENTE 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: | Sergio Andres Rubiano Naranjo | | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | 1034378391 | EPS: | Sanitas |
| FECHA DE NACIMIENTO: | 02-12-2012 | EDAD: | 12 |
| DIRECCIÓN: | Cra 56 # 16-16 Jur | BARRIO: | Milenta |
| TELÉFONO O CELULAR: | 3143942334 | | |

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: | Julio | APELLIDOS: | Rubiano |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | 4281400 | TELÉFONO: | |
| DIRECCIÓN: | | CELULAR: | |

**INFORMACION FAMILIAR**
**(Padre)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES: | Katerin | APELLIDOS: | Naranjo |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | 53072406 | TELÉFONO: | 3143942334 |
| DIRECCIÓN: | | CELULAR: | |

FIRMA DEL ACUDIENTE: Katerin Naranjo C.C. 53072406 BX

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 Katerin Naranjo, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 53072406 de Bogotá, domiciliado en la dirección _____, actuando en calidad de acudiente del menor Sergio Rubiano identificado con la tarjeta de identidad No. 1034578391, 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: Katerin Naranjo

Nombre: Katerin Naranjo C.C. 53072406

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: | Daniel Esteban Rodriguez Bonto | | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | 1013137570 | EPS: | Salud total |
| FECHA DE NACIMIENTO: | 04 - 01 - 2012 | EDAD: | 12 |
| DIRECCIÓN: | Cll 17 Bis sur # 52 c 49 | BARRIO: | Torremolinos |
| TELÉFONO O CELULAR: | 3125629011 | | |

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: | Dina Carolina | APELLIDOS: | Rodriguez Bonto |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | 1013600639 | TELÉFONO: | 3125629011 |
| DIRECCIÓN: | Cll 17 Bis sur # 52 c 49 | CELULAR: | 3125629011 |

**INFORMACION FAMILIAR**
**(Padre)**

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

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 1013600639

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 Rodriguez Brito, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1013600639 de Bogotá, domiciliado en la dirección cll 19 Bis sur # 52c-19, actuando en calidad de acudiente del menor Daniel Rodriguez identificado con la tarjeta de identidad No. 1013157270, 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 9 días del mes Abril de 2024.

Firma:

Nombre: Diana Carolina Rodriguez Brito C.C. 1013600639

Powered by CamScanner

**INFORMACIÓN DEL ALUMNO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | Juan David Fernandez Ramirez | | |
| No. IDENTIDAD O TARJETA DE IDENTIDAD: | 1031182462 | EPS: | Nueva EPS |
| FECHA DE NACIMIENTO: | 23/02/2012 | EDAD: | 12 años |
| DIRECCIÓN: | Kra 33a 1-04 | BARRIO: | Cumeta |
| TELÉFONO Y CELULAR: | 302 224 1085 | | 3145102881 |

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O SE ENCUENTRA EN CONTROL POR ALGUNA PERSONA ESPECIAL EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS?

SI ____ NO X CUAL? ____

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

Marque con una X donde corresponda

SEXO: Masculino X Femenino ____ Total: ____

ETNIA: Afro ____ Raizal: ____ Indígena: ____

Gitano: ____

¿POSEE ALGÚN ESPECIFICO ALIMENTO?: SI ____ NO ____

¿ALERGICO A?: SI ____ NO X CUAL? ____

¿A QUÉ SE DEDICAN SUS PADRES? ____

**INFORMACIÓN FAMILIAR**

**(Madre)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES: | Leidy Marcela | APELLIDOS: | Ramirez Tamayo |
| No. IDENTIFICACIÓN: | 1022 371 917 | TELÉFONO: | 3145108889 |
| DIRECCIÓN: | Kra 33a 1-04 | CELULAR: | 302 224 1085 |

**INFORMACIÓN FAMILIAR**

**(Padre)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES: | | APELLIDOS: | |
| No. IDENTIFICACIÓN: | | TELÉFONO: | |
| DIRECCIÓN: | | CELULAR: | |

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 1022 371 917

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 Jenny Marcela Ramirez T., identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1022 371 917 de Bogotá, domiciliado en la dirección Kra 53g 1-04, actuando en calidad de acudiente del menor Juan Fernandez identificado con la tarjeta de identidad No. 1034 385 462, 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.

Se firma en Bogotá a los 06 días del mes Abril de 2024.

Firma:

Nombre: Jenny Marcela Ramirez T c.c. 1022 371 917

Powered by CamScanner

**FICHA DE INSCRIPCIÓN**
**ESCUELAS INTEGRALES 2024**
**LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| PROFESOR: | Rodney | AÑO | 2024 |
| LUGAR DE ENTRENAMIENTO: | Milenta | | |
| DEPORTE: | futbol | | |
| BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA: | Milenta | | |

**INFORMACIÓN DEL ALUMNO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO: | Zara Sofia Garcia | | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | 1078621881 | EPS: | Sanitas |
| FECHA DE NACIMIENTO: | 26 de agosto 2011 | EDAD: | 12 años |
| DIRECCIÓN: | Calle 19 a sur # 32 | BARRIO: | Tair molinos |
| TELÉFONO O CELULAR: | 3144860092 | 3223009093 | |

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

DISCAPACIDAD: SI ____ NO X CUAL? _____

NUEVAS CIUDADANIAS: _____

**INFORMACION FAMILIAR**
**(Madre)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES: | Yolanda | APELLIDOS: | Garcia Cuadros |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | 37900364 | TELÉFONO: | 3144860092 |
| DIRECCIÓN: | Calle 19 a sur # 32 | CELULAR: | 3134526026 |

**INFORMACION FAMILIAR**
**(Padre)**

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

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 52725120

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 Angela Garcia, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52725170 de Bogota, domiciliado en la dirección Calle 19 A Sur 52 c 16, actuando en calidad de acudiente del menor Zaray Garcia, identificado con la tarjeta de identidad No. 1028891881, 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 _____.

Se firma en Bogotá a los 5 días del mes Abril de 2024.

Firma: _____

Nombre: Angela Garcia C.C. 52725170

Powered by CamScanner

**FICHA DE INSCRIPCIÓN**
**ESCUELAS INTEGRALES 2024**
**LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| PROFESOR: | Rosembleg 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 TOMAS GUERRERO ESCOBAR | | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | 1.014 457 932 | EPS: | COMPENSAR |
| FECHA DE NACIMIENTO: | 20 - I - 2011 | EDAD: | 13 AÑOS |
| DIRECCIÓN: | CRA 92 Bis 17-795 | BARRIO: | TORREMOLINOS |
| TELÉFONO O CELULAR: | 3123977651 - 3013131164 | | |

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)** Acudiente.

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES: | ANA ROSALBA | APELLIDOS: | NIÑO SOLAZAR |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | 41 638 153 | TELÉFONO: | 3123977651 |
| DIRECCIÓN: | CRA 52 BIS 17-795 | CELULAR: | 3123977651 |

**INFORMACION FAMILIAR**
**(Padre)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES: | GUSTAVO LUCAR | APELLIDOS: | GUERRERO NIÑO |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | 1.013.588907 | TELÉFONO: | 6017213655 |
| DIRECCIÓN: | CRA 52 BIS 17-795 | CELULAR: | 3223765068 |

FIRMA DEL ACUDIENTE: ____ C.C. 41.638 153

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

**NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es verídica asi 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 Ana Rosalba Niño Salazar, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 41.638.153 de Bogotá, domiciliado en la dirección CRA 52 Bis 17-79 Sur, actuando en calidad de acudiente del menor Demian Eduardo identificado con la tarjeta de identidad No. 1.016.957.932, 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 Colmedica del régimen Regimen de.

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

Firma:

Nombre: Ana Rosalba Niño Salazar C.C. 41.638.153 Bta

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

**FICHA DE INSCRIPCIÓN**
**ESCUELAS INTEGRALES 2024**
**LOCALIDAD DE PUENTE 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: | Brainer Santiago Sosa Buitrago | | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | 1118122194 | EPS: | Capital Salud |
| FECHA DE NACIMIENTO: | 7 de Junio 12010 | EDAD: | 13 años |
| DIRECCIÓN: | cll 9B sur #50B | BARRIO: | Santa Rita |
| TELÉFONO O CELULAR: | 3005235571 / 3243584693 | | |

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: | Esperanza Buitrago | APELLIDOS: | Buitrago |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | 40043888 | TELÉFONO: | 3243584693 |
| DIRECCIÓN: | Br Santa Rita | CELULAR: | |

**INFORMACION FAMILIAR**
**(Padre)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES: | Daiso Sost | APELLIDOS: | Sosa |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | 80053350 | TELÉFONO: | 3209127064 |
| DIRECCIÓN: | | CELULAR: | |

FIRMA DEL ACUDIENTE: Nombre Buitrago C.C. 40043888

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 Nancy Esperanza Buitrago identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 40043888 de Tunja, domiciliado en la dirección Bar Santa Rita, actuando en calidad de acudiente del menor Santiago Sosa identificado con la tarjeta de identidad No. 1118.122914, 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 Capita S. del régimen Contributivo.

Se firma en Bogotá a los 13 días del mes 04 de 2024.

Firma:

Nombre: Esperanza Buitrago c.c. 40043888.

Powered by CamScanner

**FICHA DE INSCRIPCIÓN**
**ESCUELAS INTEGRALES 2024**
**LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| PROFESOR: | Rossemberth Gutierrez | AÑO: | 2024 |
| LUGAR DE ENTRENAMIENTO: | Puente Aranda | | |
| DEPORTE: | Futbol | | |
| BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA: | Milenta Tejar | | |

**INFORMACIÓN DEL ALUMNO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO: | Nicolas Andrés Rincón Rodríguez | | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | 1.075.666.913 | EPS: | Sanitas |
| FECHA DE NACIMIENTO: | 11 de Julio de 2010 | EDAD: | 13 años |
| DIRECCIÓN: | Carrea 43a # 5a - 70 | BARRIO: | Nueva Primavera |
| TELÉFONO O CELULAR: | 314 247 5356 | | |

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: | Nelly Egiseth | APELLIDOS: | Rodríguez Villamarín |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | 1.075.664.515 | TELÉFONO: | |
| DIRECCIÓN: | Carrea 43a # 5a - 70 | CELULAR: | 314 2475356 |

**INFORMACION FAMILIAR**
**(Padre)**

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

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 1075.664.515

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**

BOGOTÁ

Powered by CamScanner

## CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD

Yo Nelly Egiseth Rodriguez Villamarin, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.075.664.515 de Zipaquirá, domiciliado en la dirección Carrera 43a # 5a - 70, actuando en calidad de acudiente del menor Nicolas Andrés Rincón Rodríguez identificado con la tarjeta de identidad No. 1.075.666.913, 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.

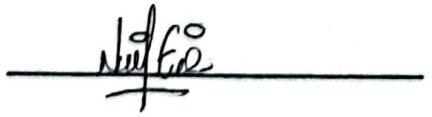
De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

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 08 días del mes abril de 2024.

Firma: 

Nombre: Nelly Egiseth Rodríguez Villamarín C.C. 1.075.664.515

Powered by CamScanner

**FICHA DE INSCRIPCIÓN**
**ESCUELAS INTEGRALES 2024**
**LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA**

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

**INFORMACIÓN DEL ALUMNO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO: | Tomas Felipe Rodriguez Gil | | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | 1012921453 | EPS: | Sanitas |
| FECHA DE NACIMIENTO: | 27-08-2010 | EDAD: | 13 años |
| DIRECCIÓN: | K40D42b85 | BARRIO: | Jazmin |
| TELÉFONO O CELULAR: | 3118076749 | | |

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: | Yolanda (abuela) | APELLIDOS: | Gil Pena |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | 51731705 | TELÉFONO: | 6017429668 |
| DIRECCIÓN: | K40D42b85 | CELULAR: | 3118076749 |

**INFORMACION FAMILIAR**
**(Padre)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES: | Pedro Abuelo | APELLIDOS: | Rodriguez |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | 19'226-049 | TELÉFONO: | 3138534279 |
| DIRECCIÓN: | | CELULAR: | 3132534279 |

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 51731705

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 Yolanda Gil Pena, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 51.731.705 de Bogota, domiciliado en la dirección Kra 11 26 88, actuando en calidad de acudiente del menor Tomas, identificado con la tarjeta de identidad No. 1012722145 3, 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 _____.

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

Firma: 

Nombre: Yolanda Gil Pena C.C. 51'731.705 Bogota

Powered by CamScanner

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES 2024
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

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

**INFORMACIÓN DEL ALUMNO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO: | Jose Alejandro Goray Torres | | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | 1141376833 | EPS: | Sanidad Militar |
| FECHA DE NACIMIENTO: | 11-Dic-2009 | EDAD: | 14 |
| DIRECCIÓN: | Cll 72 sur #56-11 | BARRIO: | Milenta |
| TELÉFONO O CELULAR: | 3134668189. | | |

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: | Thania Torres | APELLIDOS: | Torres Camargo |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | 52.529.346 | TELÉFONO: | 3133350986. |
| DIRECCIÓN: | Cll 72sur #56-77 | CELULAR: | 3133350986. |

**INFORMACION FAMILIAR**
**(Padre)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES: | Alejandro | APELLIDOS: | Goray Leal |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | 79.979.979 | TELÉFONO: | |
| DIRECCIÓN: | Cll 72sur #56-77 | CELULAR: | 3134668189 |

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 52.529.346

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 Teresa Camargo, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52.529.346 de Bogotá, domiciliado en la dirección Cra 1 Este #51, actuando en calidad de acudiente del menor Jose Alejandro Cortes identificado con la tarjeta de identidad No. 1127.726833, 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 los daños que pudiera sufrir la persona a mi cargo, o en las cosas a su cargo y también por aquellos daños ocasionados por circunstancias constitutivas de responsabilidad civil extracontractual, que tengan su origen en la realización de las actividades señaladas y adicional por cualquier tipo de contagio ocasionado por el Covid-19, influenza y demás virus respiratorios que se puedan presentar.

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

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

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

Firma: _____

Nombre: Diana Teresa Camargo cc 52.529.346

**FICHA DE INSCRIPCIÓN**
**ESCUELAS INTEGRALES 2024**
**LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA**

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

**INFORMACIÓN DEL ALUMNO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO: | Aidan Esteban Barreto Becerra | | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | 1011376049 | EPS: | Compensar |
| FECHA DE NACIMIENTO: | 04 NOV / 2009 | EDAD: | 14 |
| DIRECCIÓN: | Cll 31 Sur #52C-52 | BARRIO: | Los Angeles |
| TELÉFONO O CELULAR: | 3057865693 o 3106080555 | | |

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: | Viviam Elena | APELLIDOS: | Becerra Monje |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | 1075675423 | TELÉFONO: | |
| DIRECCIÓN: | Cll 31 Sur #52C-52 | CELULAR: | 3057865693 |

**INFORMACION FAMILIAR**
**(Padre)**

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

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 1075675423

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 Viviam Zelene Bellera Monje identificado(a) con cédula de ciudadanía No 1'075625423 de Tocaima, domiciliado en la dirección Cll 31 sur #52C - 52, actuando en calidad de acudiente del menor Esteban Barreto identificado con la tarjeta de identidad No. 1011326019, 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 10 días del mes Abril de 2024.

Firma:

Nombre: Zelene Bellera C.C. 1'075625423

Powered by CamScanner

**FICHA DE INSCRIPCIÓN**
**ESCUELAS INTEGRALES 2024**
**LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA**

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

**INFORMACIÓN DEL ALUMNO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO: | Thomas Andres Angel Chinchilla. | | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | 1034782806 | EPS: | Compensar |
| FECHA DE NACIMIENTO: | 25 NOV 2009. | EDAD: | 14 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: | 80092563 | TELÉFONO: | 3142635937 |
| DIRECCIÓN: | Cr 63 # 19-07 sur | CELULAR: | |

FIRMA DEL ACUDIENTE: Ricardo Angel cc. 80092563

FIRMA DEL PROFESOR (A): ___
CC ___

**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 Ricardo Angel Correa, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 80072563 de Bogota, domiciliado en la dirección Cl 63 H 19-09 sur, actuando en calidad de acudiente del menor Thomas Angel, identificado con la tarjeta de identidad No. 1034782806, 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

**FICHA DE INSCRIPCIÓN**
**ESCUELAS INTEGRALES 2024**
**LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| PROFESOR: | Rosembeth Gutierrez. | AÑO: | 2024 |
| LUGAR DE ENTRENAMIENTO: | milenta-telar canchas | | |
| DEPORTE: | Futbol | | |
| BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA: | milenta-telar | | |

**INFORMACIÓN DEL ALUMNO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO: | Emmanuelle Alejandro Lozano Lopez | | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | 1034293404 | EPS: | Sanitas |
| FECHA DE NACIMIENTO: | 10-03-09 | EDAD: | 15 |
| DIRECCIÓN: | Dg 16 Sur # 52-67 | BARRIO: | Torremolinos |
| TELÉFONO O CELULAR: | 3192201515 | | |

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 ___

DISCAPACIDAD: SI ___ NO ___ CUAL? _____

NUEVAS CIUDADANIAS: _____

**INFORMACION FAMILIAR**
**(Madre)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES: | Elsy Yaneth Lopez M. | APELLIDOS: | Lopez Mizheda |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | 23623022 | TELÉFONO: | |
| DIRECCIÓN: | Dg 16 Sur # 52-67 | CELULAR: | 3125887480 |

**INFORMACION FAMILIAR**
**(Padre)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES: | Larrinzon | APELLIDOS: | Lozano Lopez |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | 80016875 | TELÉFONO: | |
| DIRECCIÓN: | Dg 16 Sur # 52-67 | CELULAR: | 3112271377 |

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 80016875 3t2

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 Lainzon Lozno lopez, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 80016875 de Bogota, domiciliado en la dirección Diago 16 #51-67, actuando en calidad de acudiente del menor Emmanuelle Alejandro lozno lopez identificado con la tarjeta de identidad No. 1034293404, 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 Contri Subsidiado.

Se firma en Bogotá a los 8 días del mes Abril de 2024.

Firma:

Nombre: Lainzon lozno c.c. 80016875

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

**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: | NICOLÁS ANDREWS LOMBANA. | | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | 1013125959 | EPS: | ALIANSALUD |
| FECHA DE NACIMIENTO: | 11-MARZO-2009 | EDAD: | 15 AÑOS |
| DIRECCIÓN: | CL. 32 SUR #40A-29 | BARRIO: | STA. RITA |
| TELÉFONO O CELULAR: | 3109909967. | | |

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: | DIANA PILAR | APELLIDOS: | LOMBANA MARTIN |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | 5525239 | TELÉFONO: | 3109909967. |
| DIRECCIÓN: | CL. 32 S #40A-29 | CELULAR: | 3109909967. |

**INFORMACION FAMILIAR**
**(Padre)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES: | JOSE ENRIQUE | APELLIDOS: | ANDREWS SANTIAGO |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | 79609884 | TELÉFONO: | 3228487005 |
| DIRECCIÓN: | CL. 32S #40A-29 | CELULAR: | 3228487005 |

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ

Powered by CamScanner

**CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD**

Yo José Enrique Andrews Santiago, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 79609.884 de Bogotá, domiciliado en la dirección Cl. 32 S #140A-29, actuando en calidad de acudiente del menor Nicolás Andrews. identificado con la tarjeta de identidad No. 1013125959, 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 Alianzalud del régimen _____.

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

Firma: _____

Nombre: José Andrews c.c. 79609884 Bta

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

**FICHA DE INSCRIPCIÓN**
**ESCUELAS INTEGRALES 2024**
**LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA**

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

**INFORMACIÓN DEL ALUMNO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO: | Joel Santiago Faitan Benites | | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | 1023880122 | EPS: | Compensar |
| FECHA DE NACIMIENTO: | 04/08/2006 | EDAD: | 15 |
| DIRECCIÓN: | Cra. 68 G bis # 30-31 Sur | BARRIO: | Floralia |
| TELÉFONO O CELULAR: | 3106964634 | | |

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: | Rosa Maria | APELLIDOS: | Benites Caldera |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | 53021781 | TELÉFONO: | 3114224778 |
| DIRECCIÓN: | Cra. 68 G bis # 30-31 Sur | CELULAR: | 3114224778 |

**INFORMACION FAMILIAR**
**(Padre)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES: | Omar Henry | APELLIDOS: | Faitan Gil |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | 79581366 | TELÉFONO: | 9081409 |
| DIRECCIÓN: | Cra. 68 G bis # 30-31 Sur | CELULAR: | 3132229007 |

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 79581366

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 Omar Henry Farfan Gil, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 79581366 de Funza, domiciliado en la dirección Cra. 68 G bis # 30-31 sur, actuando en calidad de acudiente del menor Joel Santiago Farfan B identificado con la tarjeta de identidad No. 1028886422, 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 _____.

Se firma en Bogotá a los 15 días del mes Marzo de 2024.

Firma: 

Nombre: Omar Henry Farfan Gil c.c. 79581366

Powered by CamScanner

**FICHA DE INSCRIPCIÓN**
**ESCUELAS INTEGRALES 2024**
**LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| PROFESOR: | Rossamberth Gutierrez | AÑO: | 2024 |
| LUGAR DE ENTRENAMIENTO: | Milenta-Tejar | | |
| DEPORTE: | Futbol | | |
| BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA: | MILENTA - TEJAR | | |

**INFORMACIÓN DEL ALUMNO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO: | Juan Pablo Ramos Salcedo | | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | 1014669604 | EPS: | SANITAS. |
| FECHA DE NACIMIENTO: | 02-AGOSTO-2008 | EDAD: | 16 AÑOS |
| DIRECCIÓN: | Cra 65A #48 23 | BARRIO: | La Pradera. |
| TELÉFONO O CELULAR: | 3219532135 - 3113757916. | | |

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: NO

**INFORMACION FAMILIAR**
**(Madre)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES: | Lady Karina | APELLIDOS: | Salcedo Montaña |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | CC 53073530 Bta | TELÉFONO: | 3219532135. |
| DIRECCIÓN: | Cra 65A #48-23 | CELULAR: | 3219532135 |

**INFORMACION FAMILIAR**
**(Padre)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES: | JORGE SAMUEL | APELLIDOS: | Ramos Ramirez |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | CC 79750452 Bta | TELÉFONO: | |
| DIRECCIÓN: | Cra 65A #48 23. | CELULAR: | 3105607262 |

FIRMA DEL ACUDIENTE: Karina Salcedo C.C. 53073530

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 Lady Karina Salcedo, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 53073530 de Bogotá, domiciliado en la dirección Ramos Salcedo, actuando en calidad de acudiente del menor Juan Pablo identificado con la tarjeta de identidad No. 1046669604, 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 _____.

Se firma en Bogotá a los 06 días del mes ABRIL de 2024.

Firma:

Nombre: Lady Karina Salcedo C.C. 53073530 Bta

Powered by CamScanner

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES 2024
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

| | | | |
|---|---|---|---|
| PROFESOR: | Rosembeith. | AÑO: | 2024 |
| LUGAR DE ENTRENAMIENTO: | Milenta - tejar | | |
| DEPORTE: | Futbol | | |
| BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA: | Milenta - tejar. | | |

**INFORMACIÓN DEL ALUMNO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO: | Jaime Paternina Benavides | | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | 1023378786. | EPS: | Salud total. |
| FECHA DE NACIMIENTO: | 14/02/2008 | EDAD: | 16 años |
| DIRECCIÓN: | Kra 52A # 34-24 Sur | BARRIO: | tejar. |
| TELÉFONO O CELULAR: | 3112756192 - 3215487907 | | |

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: Ninguna.

**INFORMACION FAMILIAR**
**(Madre)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES: | Olga Lucia | APELLIDOS: | Benavides toro. |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | 1024480139 | TELÉFONO: | 3112756192. |
| DIRECCIÓN: | Kr 52A # 34-24 Sur | CELULAR: | 3112756192. |

**INFORMACION FAMILIAR**
**(Padre)**

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

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 1024480139 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 | BOGOTÁ

Powered by CamScanner

**CONSENTIMIENTO INFORMADO MENOR DE EDAD**

Yo Olga Lucia Benavides torres, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1024480139 de Bogota, domiciliado en la dirección Kr 52 A # 34-24 sur, actuando en calidad de acudiente del menor Jaime Palomino B. identificado con la tarjeta de identidad No. 1023378786, 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 22 días del mes Abril de 2024.

Firma:

Nombre: Olga Lucia Benavides T C.C. 1024480139 Bta

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES 2024
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

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

**INFORMACIÓN DEL ALUMNO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO: | Santiago Tejar Hernandez | | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | 1011092147 | EPS: | Sanitas |
| FECHA DE NACIMIENTO: | 24-02-2006 | EDAD: | |
| DIRECCIÓN: | Ave cl 68 N 1C-40 sur | BARRIO: | Galán |
| TELÉFONO O CELULAR: | 3134617217 | | |

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: | Jameth Hernandez R | APELLIDOS: | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | 52028413 | TELÉFONO: | 3134617217 |
| DIRECCIÓN: | Ave cl 68 N 1C-40 sur | CELULAR: | 4647508 |

**INFORMACION FAMILIAR**
**(Padre)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES: | Oscar Geovanny Tejar H | APELLIDOS: | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | 79670524 | TELÉFONO: | 4647508 |
| DIRECCIÓN: | Ave cl 68 N 1C-40 sur | CELULAR: | 3103134113 |

FIRMA DEL ACUDIENTE: J. Hernandez R. C.C. 52028413

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 Janneth Hernández Rodriguez, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52028413 de Bogota, domiciliado en la dirección Ke68N.7C-40Sur, actuando en calidad de acudiente del menor Santiago Jose H. 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 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.

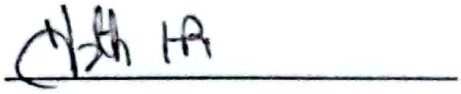
De igual forma declaro que el menor a mi cargo, se encuentran en condiciones médicas y físicas aptas para asistir y participar en estas actividades y me comprometo a notificar al personal responsable sobre cualquier novedad en relación con la salud de este.

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 _____.

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

Firma: 

Nombre: Janneth Hernandez R. C.C. 52028413.

**FICHA DE INSCRIPCIÓN**
**ESCUELAS INTEGRALES 2024**
**LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA**

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

**INFORMACIÓN DEL ALUMNO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO: | Juan Manuel Martinez Rodriguez | | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | 1001199756 | EPS: | Compensar |
| FECHA DE NACIMIENTO: | 27-09-2007 | EDAD: | 17 |
| DIRECCIÓN: | Calle 2 Bis # 56a - 14 | BARRIO: | Galan |
| TELÉFONO O CELULAR: | 3204819821 | | |

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: | Gloria Emilse Martinez | APELLIDOS: | Martinez Rodriguez |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | 52531423 | TELÉFONO: | 3144353649 |
| DIRECCIÓN: | Calle 2 Bis # 56a - 14 | CELULAR: | 3144353649 |

**INFORMACION FAMILIAR**
**(Padre)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES: | Carlos Miguel | APELLIDOS: | Baron Mora |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | 79 135 216 | TELÉFONO: | 3132815161 |
| DIRECCIÓN: | Calle 2 Bis # 56a - 14 | CELULAR: | 3132815161 |

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 79135216

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 Carlos Miguel Baron Hora, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 79135216 de Bogotá D.C., domiciliado en la dirección Calle 2 Bis # 56a - 14, actuando en calidad de acudiente del menor Juan Martinez, identificado con la tarjeta de identidad No. 1001199756, 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 Subsidiado.

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

Firma: _____

Nombre: Carlos Miguel Baron Hora C.C. 79135216

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: | Juan José Beltran Rico | | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | 1075532607 | EPS: | Sanitas |
| FECHA DE NACIMIENTO: | 14-12-2006 | EDAD: | 17 |
| DIRECCIÓN: | Cll 2 sur N 52 A 51 | BARRIO: | Tejar |
| TELÉFONO O CELULAR: | 3237164573 | | |

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: | Alexandra | APELLIDOS: | Rico Aguirre |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | 52933407 | TELÉFONO: | 3112073189 |
| DIRECCIÓN: | Cl 32 sur N 52 A 51 | CELULAR: | 3112073189 |

**INFORMACION FAMILIAR**
**(Padre)**

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

FIRMA DEL ACUDIENTE: Alexandra Rico cc 52933407

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 Alexandra Rico, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52933407 de Bogotá, domiciliado en la dirección C 11 32 sur No 52 A 51, actuando en calidad de acudiente del menor Juan José Beltran identificado con la tarjeta de identidad No. 1025537607, 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 22 días del mes Abril de 2024.

Firma: Alexandra Rico

Nombre: Alexandra Rico C.C. 52933407

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: | Brandon Gustavo Duarte Achury | | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | CC 1025060889 | EPS: | Compensar |
| FECHA DE NACIMIENTO: | 25/11/2006 | EDAD: | 17 años |
| DIRECCIÓN: | Calle 30 Sur #68-56 | BARRIO: | Alquería |
| TELÉFONO O CELULAR: | 3227988861 | | |

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: | Myriam | APELLIDOS: | Achury Gomez |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | CC 52470169 | TELÉFONO: | 3115403228 |
| DIRECCIÓN: | Calle 30 Sur #68-56 | CELULAR: | 3115403228 |

**INFORMACION FAMILIAR**
**(Padre)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES: | Hilton Gustavo | APELLIDOS: | Duarte Beltran |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | 79882612 | TELÉFONO: | 3142052408 |
| DIRECCIÓN: | Calle 30 Sur #68-56 | CELULAR: | 3142052408 |

FIRMA DEL ACUDIENTE: _____ C.C. 52470169

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 Myriam Achury Gómez, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52470169 de Bogotá, domiciliado en la dirección Calle 32 Sur # 68-56, actuando en calidad de acudiente del menor Braidan Duarte identificado con la tarjeta de identidad No. 1025060889, 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 _____.

Se firma en Bogotá a los 15 días del mes Abril de 2024.

Firma: 

Nombre: Myriam Achury G. C.C. 52470169

Powered by CamScanner

FICHA DE INSCRIPCIÓN
ESCUELAS INTEGRALES 2024
LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA

| | | | |
|---|---|---|---|
| PROFESOR: | Rosemberg. | AÑO: | 2024 |
| LUGAR DE ENTRENAMIENTO: | Multiple. | | |
| DEPORTE: | Futbol | | |
| BARRIO DE LA ESCUELA DONDE LO PRACTICARA: | (Ponderosa) Muzalo - Prado | | |

**INFORMACIÓN DEL ALUMNO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE COMPLETO: | Alan Santiago Velasquez Rojas | | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | 1032940362 | ETS: | Sanitas. |
| FECHA DE NACIMIENTO: | 05-03-2007 | EDAD: | 17 |
| DIRECCIÓN: | transversal 52A #51H-10 | BARRIO: | Ponderosa. |
| TELÉFONO O CELULAR: | 3104774757 | | |

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? _____

**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

DISCAPACIDAD: SI ____ NO X CUAL? _____

NUEVAS CIUDADANIAS: _____

**INFORMACION FAMILIAR**
**(Madre)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES: | Jelimy Johanna Rojo | APELLIDOS: | Rojas Melo |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | 1022941947. | TELÉFONO: | 3104774757. |
| DIRECCIÓN: | transversal 52A #51-A | CELULAR: | 3104774757 |

**INFORMACION FAMILIAR**
**(Padre)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES: | Jairo | APELLIDOS: | Velasquez |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: | | TELÉFONO: | |
| DIRECCIÓN: | | CELULAR: | |

FIRMA DEL ACUDIENTE: Jelimy Johanna R.P C.C. 1022941947.

FIRMA DEL PROFESOR (A): _____

C.C. _____

**NOTA: Declaro bajo gravedad de juramento que toda la información aquí consignada es veridica asi 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 Jeimmy Johanna Rojas R. identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1022941947 de Bogotá, domiciliado en la dirección transversal 52A BIS 7A 10, actuando en calidad de acudiente del menor Alan Santiago V. identificado con la tarjeta de identidad No. 1032940362, 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 Beneficiario - Contributivo.

Se firma en Bogotá a los 4 días del mes Abril de 2024.

Firma: Jeimmy Johanna R.

Nombre: Jeimmy Johanna Rojas. C.C. 1022941947.

Powered by CamScanner