NIT: 830.095.614-0

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS N° CPS-519-2023 1643 – "MEJORES CONDICIONES DE SALUD EN LA RURALIDAD" 1645 – "ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLECENCIA DE SUMAPAZ"

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | ALCALDÍA LOCAL DE SUMAPAZ | BOGOTÁ

No.	FORMATO DE INSCRIPCIÓN						
INFORMACION BENEFICIARIO							
GRUPO POBLACIONAL	AFRO ☐	INDIGENA ☐	RAIZAL ☐	ROM-GITANO ☐	VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO ☐	¿PERTENECE A ALGUNA ORGANIZACIÓN , DBC O GRUPO DE INETERES?:	
	HABITANTE DE CALLE ☐	DEPLAZADOS ☐	INMIGRANTES ☐	NINGUNO ☐	OTRO ¿CUAL? ☐		
CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD SI ☐ NO ☐	FISICA	AUDITIVA	VISUAL	COGNITIVA	MENTAL	PSICOSOCIAL	MULTIPLE
NOMBRE COMPLETO:_____							
FECHA DE NACIMIENTO:_____						EDAD:_____	
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	T.I	R.C	P.P.	OTRO	¿CUAL?	No. ID:
AFILIACIÓN A SEGURIDAD SOCIAL	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	NINGUNO	OTRO	¿CUÁL?	ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD:	
DIRECCIÓN:	LOCALIDAD:		VEREDA:		FINCA:	TELEFONO (minimo dos números de contacto):	
SEXO: F ☐ M ☐	IDENTIDAD: LGBTIQ ☐		OTRO:				
¿SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD?: SI ☐	NO ☐					¿CUÁL?:_____	
¿ESTUDIA?	SI ☐	NO ☐	NIVEL EDUCATIVO		PRIMARIA ☐	BACHILLERATO ☐	PROFESIONAL ☐
INFORMACION DEL CUIDADOR O ACUDIENTE							
NOMBRE COMPLETO:_____							
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:_____						LUGAR. EX.:_____	
DIRECCIÓN:_____						TEL FIJO O CEL.:_____	
_____ **FIRMA BENEFICIARIO**						_____ **FIRMA CUIDADOR O ACUDIENTE:**	

REQUISITOS:	**ENTREGA DE DOCOMENTOS**		**COMPONENTE DEL QUE QUIERE SER PARTE**	
FOTOCOPÍA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SI	NO	COMPONENTE 1. DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL DAPS ☐	COMPONENTE 2. ACCIONES COMPLEMENTARIAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS CUIDADORES ☐
RECIBO DE SERVICIO PÚBLICO Y/O CERTIFICADO DE RESIDENCIA DONDE SE EVIDENCIE DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	SI	NO	COMPONENTE 3. RECONOCIMIENTO DE SABERES CAMPESINOS Y ANCESTRALES EN MEDICINA ☐	COMPOENETE 4. DISMINUCION DE LOS FACTORES DE RIESGO FRENTE ALCONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS ☐
			COMPONENTE 5. COINVERSIÓN EN LA ESTRATEGIA TERRITORIAL EN SALUD ☐	COMPONENTE 6. PREVENCION DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES ☐
_____ **FIRMA COORDINACIÓN**	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO Día_____ Mes _____ de 2024		_____ **FIRMA BENEFICIARIO**	
			LUGAR DE INSCRIPCIÓN:_____	

NOTA: La información suministrada sera objeto de verificación, el diligenciamiento de este formulario no garantiza su participación directa en el proyecto ni la entrega de ningun tipo de recurso. Se confia en la buena fe de quien se inscribe al reportar su información, si no se adjuntan los documentos solicitados la inscripcion será nula

TRATAMIENTO DE DATOS: En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 y del Decreto reglamentario 1377 de 2013 que desarrollan el derecho de habeas data, solicitamos su autorización para que FUNVIVE 2.0) en calidad de Responsable del Tratamiento pueda recopilar, almacenar, archivar, copiar, analizar, usar y consultar los datos que se señalan previamente. Estos datos serán recolectados por FUNVIVE con la finalidad de planificar, organizar, coordinar y ejecutar el presente proyecto.

UTILIZACIÓN DE IMAGEN: Durante el desarrollo del peresente proyecto se tomará registro fotográfico y de video como material de constancia de los procesos formativos. Con la firma del presente documento se aprueba el uso de la imagen de las personas inscritas con el fin descrito anterioremente.