

|                                                                                                                                    |                                           |  |                     |              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--|---------------------|--------------|
|  <b>Gobernación<br/>de Norte de<br/>Santander</b> | <b>MACROPROCESO ESTRATEGICO</b>           |  | <b>ME-CG-CI-01</b>  |              |
|                                                                                                                                    | <b>PROCESO: GESTIÓN DE COMUNICACIONES</b> |  | FECHA<br>01/07/2021 | VERSIÓN<br>3 |
|                                                                                                                                    | <b>COMUNICACIONES INTERNAS Y EXTERNAS</b> |  | Página 1 de 1       |              |

## MEMORANDO

Código de Dependencia (9002)

**MEMORANDO DE TRÁMITE DE PAGO**

**CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No 02766 del 29 de octubre 2024**

**MUNICIPIO DE GRAMALOTE**

**PARA: ADRIANA BOHADA ARGUELLO**

Profesional Especializado secretaria de Hacienda

**DE: MARTHA MARIA REYES PARRA**

Secretaria de Cultura

**ASUNTO: RESPUESTA RAD 202208400042898-2 24 Diciembre 2022** Trámite de pago de las obligaciones pactadas en el **Convenio Interadministrativo 02766 del 29 de octubre 2024**. Suscrito entre el Departamento Norte de Santander y el municipio de **GRAMALOTE** en el marco del proyecto "FORTALECIMIENTO Y DESARROLLO A LOS PROCESOS DE FORMACIÓN PARA LA CREACIÓN Y GESTIÓN DEL SECTOR CULTURA EN NORTE DE SANTANDER" CODIGO BPINN 2024004540085

Me permito hacerle entrega de los documentos adjuntos, con el propósito del trámite del **SEGUNDO PAGO** del Convenio Interadministrativo en referencia, el cual es **pago del 50% por valor de (\$ 4.926.393)**, según las obligaciones contraídas con el Convenio Interadministrativo **CI-SCD-02766 del 29 de octubre 2024**

**Objeto del Convenio Interadministrativo:** La Secretaria de Cultura de Norte de Santander, requiere realizar un convenio interadministrativo para desarrollar un proceso de formación artístico y cultural (**Artes Plásticas, Música Y Danzas**) en el municipio de **GRAMALOTE**, Norte de Santander en desarrollo del proyecto de Fortalecimiento y Fomento de los procesos de formación para la creación y gestión de la cultura, el cual está inscrito por la Secretaria de Cultura en el Banco de Proyectos 2021004540024

### Documentos Anexos

- Cuenta de cobro por valor de (\$4.926.393)
- Solicitud de excepción de estampillas Ordenanza 010 de 21 septiembre 2018 al Sector Social.
- Certificación cuenta Ifinorte
- Certificaciones parafiscales
- Carta de Junta de Contadores
- Tarjeta profesional Contador
- Cedula del Contador
- Informe Supervisión y Cumplimiento de Convenio
- Informe Final
- Soportes; lista de asistencia, fichas de inscripción i planillas Pili con población
- Informe financiero parcial: soportes comprobantes de pago y pagos de seguridad social de los formadores

Atentamente,

  
**MARTHA MARIA REYES PARRA**  
 Secretaria de Cultura  
 Gobernación Norte de Santander

## MUNICIPIO DE GRAMALOTE

NIT 890501404-1  
Régimen Responsable del impuesto sobre las ventas - IVA  
Resolución DIAN N° 18764075965557  
Fecha 29/07/2024 - 29/07/2025  
Autorización de Facturación Electrónica del AG-29 al  
AG-1000  
Email: sikakdiagramalota2020-2023@outlook.com  
Teléfono: 3204204077

| Departamento         | Fecha      | FACTURA ELECTRÓNICA<br>DE VENTA |  | N° AG - 39 |
|----------------------|------------|---------------------------------|--|------------|
| * Norte de Santander | 23 12 2024 |                                 |  |            |

|                  |                                                      |                |                    |                   |                                    |
|------------------|------------------------------------------------------|----------------|--------------------|-------------------|------------------------------------|
| Cliente:         | DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER                      | NIT:           | 800103927-7        | Fecha de firmado: | 23/12/2024 19:17:18                |
| Dirección:       | AVENIDA 5 CALLES 13 Y13<br>PALACIO DE LA GOBERNACION | Departamento:  | Norte de Santander | Teléfono:         | 5710290                            |
| Email:           | gobernacion@nortesantander.gov.co                    | Forma de Pago: | Contado            | Medio de pago:    | Transferencia Débito Interbancario |
| Vencimiento:     | del                                                  | Hora emisión:  | 19:17:12-05:00     | Moneda:           | COP Colombia, Pesos                |
| Total de Líneas: | 1                                                    |                |                    |                   |                                    |

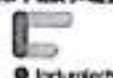
| #      | CÓDIGO | CANT | DESCRIPCIÓN                                                                                   | U. M. | NOM. | IMPUESTOS<br>% o VAL | MONTO | VR UNIT.       | TOTAL          |
|--------|--------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------|----------------------|-------|----------------|----------------|
| 1      | 001    | 1,00 | DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER<br>50% CONVENIO N.02786/2024 CULTURA<br>FORMADORES DE CULTURA | 94    |      |                      |       | \$4.926.393,00 | \$4.926.393,00 |
| Notas: |        |      |                                                                                               |       |      |                      |       | Subtotal:      | \$4.926.393,00 |
|        |        |      |                                                                                               |       |      |                      |       | Cargos:        | \$0.00         |
|        |        |      |                                                                                               |       |      |                      |       | Descuento:     | \$0.00         |
|        |        |      |                                                                                               |       |      |                      |       | Total:         | \$4.926.393,00 |

SON: (cuatro millones novecientos veintiséis mil trescientos noventa y tres pesos )  
CUFE: ec91ce2d38efc47263938e05e90587bb1867ed90e15618bcbf5bf501c89b0d8b9a0c6142a14ef48c1490205f56

Firma Digital: j108H1gHUAZpdxHOCBAUWwQyUtnfJdEnXN5eG3Pf7xSPRuonCM  
U1xygRdCzF+10840CusJmepwJyL0YH0UC1GcEeRum  
2H4ARbnjwF7i3qzP8WwGpV183a3h0E7A7UPwJvW701a2G962hgJCLuYy0aF4D EEU0Zy7mMz0eWTC3pTC039AGQ7  
wE3JhgZ0e1NT0A0U094JebPJ4B8ehhGSEPywGJA7wAAByyCU8hyfg07r1z0EWSz0aPwvNTYTCrEADP0HJWQxUy0v0v0v  
Mw

Este factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C., y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.



**LA SECRETARIA DE CULTURA DEL DEPARTAMENTO NORTE DE  
SANTANDER**

**CERTIFICA**

Que el Convenio Interadministrativo **CI-SCD-02766 del 29 de octubre 2024**, cuyo objeto es la secretaria de Cultura de Norte de Santander, requiere realizar un convenio interadministrativo para desarrollar un proceso de formación artístico y cultural con el Municipio de **Gramalote**, Norte de Santander en desarrollo **Fortalecimiento y acceso efectivo a procesos culturales y artísticos en Norte de Santander**, el cual está inscrito por la secretaria de Cultura en el **Banco de Proyectos 2024004540085**. Está enmarcado dentro del sector social, con fundamento en la Ordenanza N 010 de fecha de 21 de septiembre de 2018, artículo 302 **"EXENCIÓN SOBRE ESTAMPILLAS"**

La presente se expide de conformidad al Estatuto de Rentas Departamental, con destino a la secretaria de Hacienda Departamental para lo pertinente, en especial para los trámites de la cuenta de cobro que se efectúan para cada uno del desembolso, hasta completar el 100% del valor total del convenio mencionado.

San José de Cúcuta, 27 de diciembre 2024

*Martha María Reyes P.*  
**MARTHA MARIA REYES PARRA**  
Secretaria de Cultura  
Gobernación Norte de Santander



|                                                                                   |                                              |  |                     |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--|---------------------|--------------|
|  | MACROPROCESO MISIONAL                        |  | MPM-ADMR-F1         |              |
|                                                                                   | PROCESO: ADMINISTRACION DE RECURSOS          |  | FECHA<br>02/05/2024 | VERSIÓN<br>4 |
|                                                                                   | CERTIFICACION DE APERTURA CUENTA<br>CONVENIO |  | Pagina 1 de 1       |              |

IFINORTE  
NIT. 890.501.971-6  
4.3

San Jose de Cucuta, 02-diciembre-2024

**TESORERO GENERAL DE IFINORTE**  
**CERTIFICA**

Que en IFINORTE, hay abierta una cuenta de convenio N°: 111-05-10100130008 denominada MUNICIPIO DE GRAMALOTE -CONVENIO INERADMINISTRATIVO No. 02766-29-OCTUBRE-2024- CELEBRADO ENTRE EL DPTO. N. DE S. Y LA ALCALDÍA DE GRAMALOTE N. DE S..

Que la cuenta fue abierta el día 02-diciembre-2024.

Se expide esta certification con destino a: MUNICIPIO DE GRAMALOTE.



**KELLY SOFIA PABON PARRA**  
TESORERO GENERAL

Imprimió: NUBIA YOLANDA ROMERO JAIMES



Gobernación  
de Norte de  
Santander



Avenida 0 No. 2N-21 Edificio Andalucía Urb. La Ceiba  
PBX 5942652 - E-mail: [ifinorte@ifinorte.gov.co](mailto:ifinorte@ifinorte.gov.co)  
[www.ifinorte.gov.co](http://www.ifinorte.gov.co)  
Cúcuta - Colombia

Somos una compañía calificada por  
**Value & Risk Rating**  
Sociedad Calificadora de Valores





|                                                                                   |                                                                                                                                                            |         |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------|
|  | República de Colombia – Departamento Norte de Santander<br><b>Alcaldía Municipal de Gramalote</b><br>Nit 800.501.404-1<br>Sistema de Gestión de la Calidad | Código  | F_GC_07    |
|                                                                                   |                                                                                                                                                            | Versión | 1.0        |
|                                                                                   |                                                                                                                                                            | Fecha   | 19/07/2024 |

**LA SUSCRITA TESORERA Y CONTADOR DE LA ALCALDÍA DEL MUNICIPIO DE  
GRAMALOTE, NORTE DE SANTANDER**

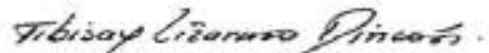
**CERTIFICA**

**QUE:** a la fecha el Municipio de Gramalote se encuentra a paz y salvo con los pagos correspondientes de seguridad social, ARL y aportes parafiscales de sus funcionarios según art 50 de la ley 789 de 2002, art 23 de la ley 1150 de 2007 y ley 1562 de 2012.

Se expide la presente, a los veintiséis días (26) del mes de noviembre de 2024.



**JESSICA CRISTINA SANDOVAL FLOREZ**  
**TESORERA GENERAL**



**TIBILAY LIZARAZO RINCON**  
**CONTADOR**

UNIDAD  
ADMINISTRATIVA  
ESPECIAL

**JUNTA CENTRAL  
DE CONTADORES**



Certificado No:



**LA REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO**  
**UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL**  
**JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

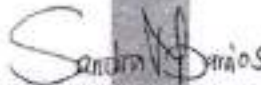
**CERTIFICA A:**  
**QUIEN INTERESE**

Que el contador público **TIBISAY LIZARAZO RINCON** identificado con CEDULA DE CIUDADANÍA No 60361256 de CUCUTA (N. DE SANTANDER) Y Tarjeta Profesional No 58748-T Si tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

**NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS**

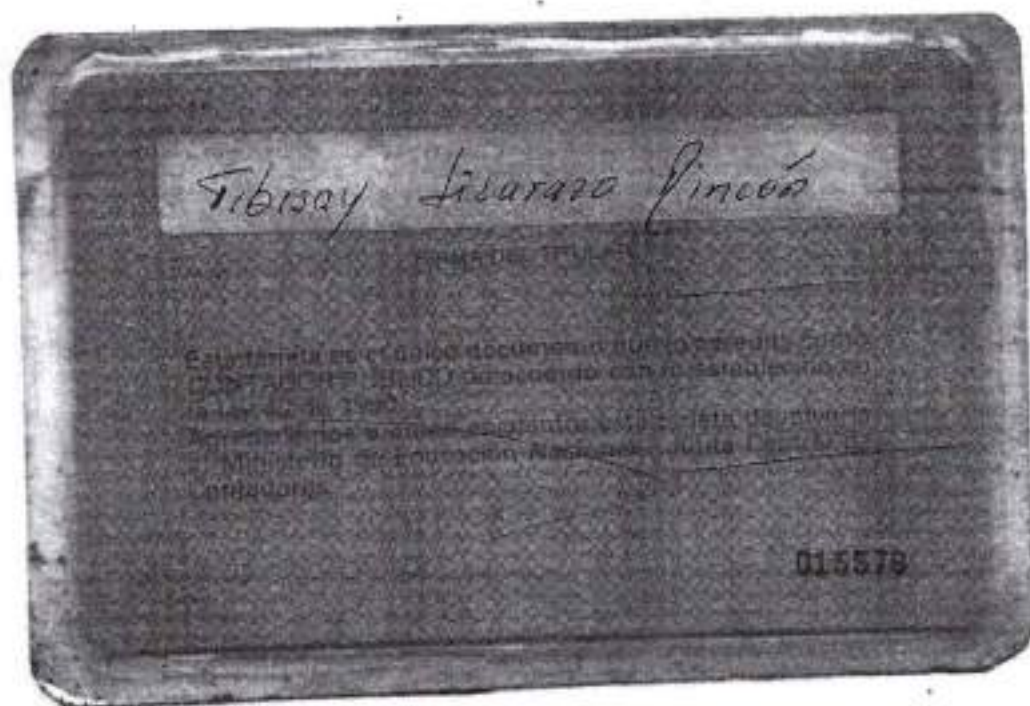
**EL CONTADOR PUBLICO NO HA CUMPLIDO CON LA OBLIGACION DE ACTUALIZAR EL REGISTRO**

Dado en BOGOTA a los 25 días del mes de Octubre de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

  
SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO  
**DIRECTOR GENERAL**

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web [www.jcc.gov.co](http://www.jcc.gov.co) digitando el número del certificado







|                                                                                                                                    |                                                             |  |                          |                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--|--------------------------|---------------------|
|  <b>Gobernación<br/>de Norte de<br/>Santander</b> | <b>MACROPROCESO: SOPORTE</b>                                |  | <b>MS-CC-CS-11</b>       |                     |
|                                                                                                                                    | <b>PROCESO: GESTION COMPRAS Y<br/>CONTRATACION</b>          |  | <b>FECHA</b><br>24/10/17 | <b>VERSIÓN</b><br>4 |
|                                                                                                                                    | <b>CONTROL Y SEGUIMIENTO A LA<br/>EJECUCIÓN CONTRACTUAL</b> |  | Página 1 de 3            |                     |

## INFORME DE SUPERVISION Y CUMPLIMIENTO DE CONTRATOS

|               |                      |                                                                      |   |
|---------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------|---|
| <b>FECHA:</b> | 27 diciembre<br>2024 | <b>Nº CONSECUTIVO DEL INFORME DE SUPERVISION Y<br/>CUMPLIMIENTO.</b> | 1 |
|---------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------|---|

### 1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

|                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CONTRATO No.</b>                                                                     | <b>CI-CD-02766-2024</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>TIPO DE CONTRATO</b>                                                                 | CONVENIO INTERADMINISTRATIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>DEPENDENCIA CONTRATANTE</b>                                                          | SECRETARIA DE CULTURA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>CONTRATISTA</b>                                                                      | ALCALDIA DE GRAMALOTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>C.C./NIT</b>                                                                         | 900660964-0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>REPRESENTANTE LEGAL</b>                                                              | ALVARO CARDOZO RIAÑO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>REGIMEN CONTRIBUTIVO</b> (Común,<br>simplificado)                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>C.C. o N.I.T</b>                                                                     | 890501404-1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO</b>                                                              | Desarrollar un proceso de formación artístico y cultural <b>(Artes Plásticas, Música y Danzas)</b> del municipio de GRAMALOTE, en desarrollo del proyecto de Fortalecimiento y acceso efectivo a procesos culturales y artísticos en Norte de Santander, el cual está inscrito por la secretaria de Cultura en el Banco de Proyectos 2024004540085. |
| <b>RUBRO</b>                                                                            | 2.3.2.02.02.009.33.02 Y 2.3.2.02.02.009.33.08                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL</b>                                                      | 00004132 del 30 septiembre del 2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>REGISTRO PRESUPUESTAL</b>                                                            | 00006827 del 30 octubre 2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>VALOR DEL CONTRATO</b>                                                               | <b>\$17.669.520</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>PLAZO O DURACIÓN</b>                                                                 | 2 MESES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>FECHA DE SUSCRIPCIÓN</b>                                                             | 30 de octubre 2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>FECHA ACTA DE INICIO</b>                                                             | 30 de octubre 2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>ACTAS DE SUSPENSIÓN</b> (Si aplica)                                                  | N.A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>ACTAS DE REINICIO</b> (Si aplica)                                                    | N.A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>MODIFICATORIOS Y ADICIONALES</b> (si aplica)                                         | N.A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL DEL<br/>MODIFICATORIO O ADICIONAL</b> (Si aplica)        | N.A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>REGISTRO PRESUPUESTAL DEL<br/>MODIFICATORIO O ADICIONAL</b> (Si hay lugar a<br>ello) | N.A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>VALOR DEL MODIFICATORIO O ADICIONAL</b><br>(Si aplica)                               | N.A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>TIEMPO DEL MODIFICATORIO O<br/>ADICIONAL</b> (Si aplica)                             | N.A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>VALOR TOTAL DE CONTRATO \$</b>                                                       | N.A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |



|                                                                                                                                    |                                                         |  |                          |                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--|--------------------------|---------------------|
|  <b>Gobernación<br/>de Norte de<br/>Santander</b> | <b>MACROPROCESO: SOPORTE</b>                            |  | <b>MS-CC-CS-11</b>       |                     |
|                                                                                                                                    | <b>PROCESO: GESTION COMPRAS Y CONTRATACION</b>          |  | <b>FECHA</b><br>24/10/17 | <b>VERSIÓN</b><br>4 |
|                                                                                                                                    | <b>CONTROL Y SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL</b> |  | Página 2 de 3            |                     |

## INFORME DE SUPERVISION Y CUMPLIMIENTO DE CONTRATOS

|                                                                                      |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <b>FECHA DE TERMINACION</b>                                                          |                          |
| <b>GARANTIAS (No de Póliza de cumplimiento)</b>                                      | N.A                      |
| <b>NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR</b><br>(Acto administrativo y fecha de designación) | NINI YOHANA LUNA BECERRA |
| <b>NOMBRES Y CARGO DEL INTERVENTOR</b>                                               | N.A                      |
| <b>FECHAS ANTERIORES DE PRESENTACIÓN DEL INFORME DE SUPERVISION Y CUMPLIMIENTO.</b>  | N.A                      |

### 2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS Y/O ACTIVIDADES CONTEMPLADAS EN EL CONTRATO

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Actividad /Compromiso</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>El municipio de <b>GRAMALOTE</b> cumplió con las obligaciones pactadas en el convenio interadministrativo 02766-2024 DEL 29 DE OCTUBRE DEL 2024, clausula cuarta que señala se realizará el <b>SEGUNDO pago del 50%</b> correspondiente al anticipo de las escuelas de formación artística en Artes Plásticas, Música y <b>Danza</b>: Informe Final, Soportes; lista de asistencia, fichas de inscripción i planillas Pili con población, Informe financiero parcial: soportes comprobantes de pago y pagos de seguridad social de los formadores</li> </ul> |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### 3. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO Y CONTROL DE PAGOS

| BALANCE FINANCIERO |                                                                                        |                    |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 1                  | <b>VALOR INICIAL</b>                                                                   | <b>\$8.834.760</b> |
| 2                  | <b>+ VALOR ADICIÓN (Si Aplica)</b>                                                     | <b>\$0</b>         |
| 3                  | <b>= VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>                                                      | <b>\$8.834.760</b> |
| 4                  | <b>- TOTAL DE PAGOS REALIZADOS Y/O AMORTIZACIONES (Si Aplica) ANTES DE ESTA CUENTA</b> | <b>\$0</b>         |
| 5                  | <b>- VALOR A PAGAR CON ESTA CUENTA</b>                                                 | <b>\$4.926.393</b> |
| 6                  | <b>- AMORTIZACION CON ESTE PAGO (Si Aplica)</b>                                        | <b>\$0</b>         |
| 7                  | <b>= SALDOS ACTUALES (DESPUES DE ESTA CUENTA)</b>                                      | <b>\$0</b>         |

| CONTROL DE PAGOS        |                                 |              |
|-------------------------|---------------------------------|--------------|
| <b>PAGOS REALIZADOS</b> | <b>No COMPROBANTE DE EGRESO</b> | <b>VALOR</b> |
| 1 PAGO                  | EN TRAMITE                      |              |
|                         |                                 |              |

### 4.CERTIFICACIÓN AL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PAGO DEL CONTRATO



|                                                                                                                                    |                                                             |  |                          |                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--|--------------------------|---------------------|
|  <b>Gobernación<br/>de Norte de<br/>Santander</b> | <b>MACROPROCESO: SOPORTE</b>                                |  | <b>MS-CC-CS-11</b>       |                     |
|                                                                                                                                    | <b>PROCESO: GESTION COMPRAS Y<br/>CONTRATACION</b>          |  | <b>FECHA</b><br>24/10/17 | <b>VERSIÓN</b><br>4 |
|                                                                                                                                    | <b>CONTROL Y SEGUIMIENTO A LA<br/>EJECUCIÓN CONTRACTUAL</b> |  | Página 3 de 3            |                     |

## INFORME DE SUPERVISION Y CUMPLIMIENTO DE CONTRATOS

- Dando cumplimiento al Artículo 82 y 83 de lo establecido en la Ley 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción", Yo, **NINI YOHANA LUNA BECERRA** con cedula de ciudadanía **60.266.903** en mi condición de supervisor (a) del CONVENIO INTERADMINISTRATIVO **SCD-02766-2024 CERTIFICO** que: **ALCALDIA DE GRAMALOTE** hizo entrega de los Informe Final, Soportes; lista de asistencia, fichas de inscripción i planillas Pili con población, Informé financiero parcial: soportes comprobantes de pago y pagos de seguridad social de los formadores de las escuelas de formación artistica en **Artes Platicas, Música y Danza**.

El valor por reconocer y pagar es la suma de **\$4.926.393** y (CUATRO MILLONES NOVECIENTOS VEINTI Y TRES MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL PESOS) correspondiente al pago N.º 2 de 2 estimadas en el contrato.

De igual forma **CERTIFICO** que el contratista acredito los siguientes pagos:

| Ítems                                   | Mes actual | Mes anterior |
|-----------------------------------------|------------|--------------|
| Entidad de aporte en línea              | N.A        | N.A          |
| Empresa de pensiones                    | N.A        | N.A          |
| Valor                                   | N.A        | N.A          |
| Empresa administradora de salud         | N.A        | N.A          |
| Valor \$                                | N.A        | N.A          |
| Administradora de riesgos profesionales | N.A        | N.A          |
| Valor                                   | N.A        | N.A          |
| Valor total de cotización               | N.A        | N.A          |
| Nº de Planilla                          | N.A        | N.A          |
| PIN o Clave                             | N.A        | N.A          |
| Entidad financiera                      | N.A        | N.A          |
| Periodo Cotización                      | N.A        | N.A          |
| Fecha de pago                           | N.A        | N.A          |
| Nº de estampilla Pro-hospital           | N.A        | N.A          |
| Porcentaje estampilla                   | N.A        | N.A          |
| Valor de estampilla                     | N.A        | N.A          |

Observaciones (Si hay lugar a ello):

Adjunta el certificado de paz y salvo de parafiscales del municipio.

Supervisor  
(GERARDO BECERRA)

ALVARO CARDOZO RIAÑO.  
alcalde Gramalote

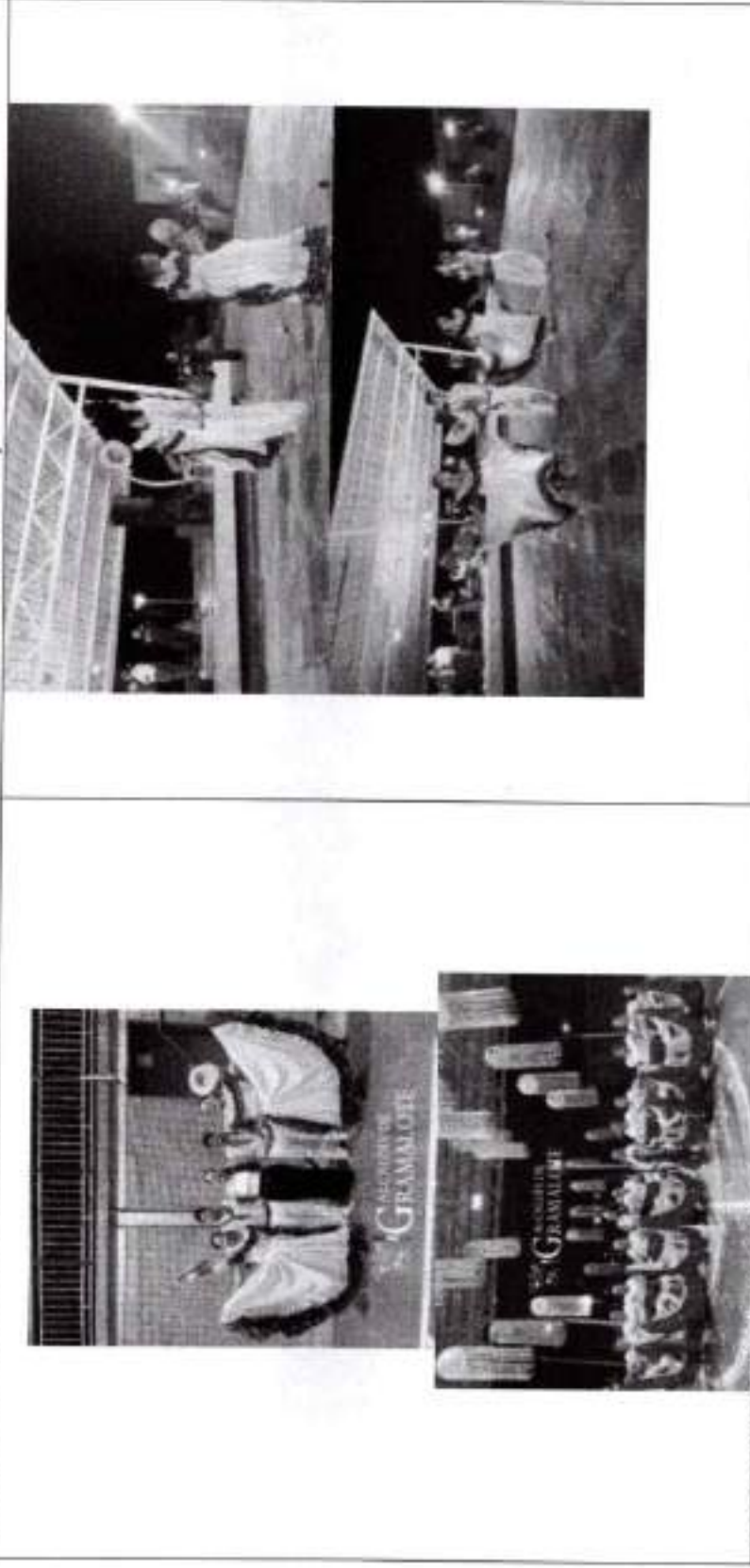
Marta María Reyes Parra.  
MARTHA MARIA REYES PARRA  
Secretario Departamental Cultura  
Ordenador del Gasto

|                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |      |                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MOVIMIENTOS<br>CORPORALES                                                                              | Mediante exposición el formador da a conocer los tipos de movimientos y movimientos de segmentos y posteriormente de los participantes se asigna a cada participante desarrollar una coreografía o frase de movimiento con la restricción 1. Frase de movimiento de subsegmentos. 2 frase de movimiento de su segmentos cada participante pasa al frente y presenta su frase de movimiento con apoyo auditivo. | 30   | El participante conoce y muestra cuales son los tipos de movimientos que componen el movimiento corporal.                                                                                                       |
| PREPARACIÓN FÍSICA                                                                                     | Se realizan rutinas de entrenamiento físico para fortalecimiento de zona media                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 52,5 | Los participantes bailarines preparan su cuerpo para la ejecución del trabajo corporal en danza                                                                                                                 |
| HORAS<br>ADMINISTRATIVAS                                                                               | PREPARACION DE INFORMES, Y PREPARACION DE CLASES ORGANIZACIÓN DE MATERIAL A UTILIZAR.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 8    | CONSOLIDACION DE LA INFORMACION PARA LAS ORGANIZACIONES QUE LO REQUIERAN.                                                                                                                                       |
| NÚMERO DE HORAS<br>INVERTIDAS EN<br>COMPONENTE DE<br>GESTIÓN Y PROYECCIÓN<br>COMUNITARIA POR<br>SEMANA | Visibilizar y socializar los avances en la ejecución del proceso formativo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 17,5 | Eventos programados:<br>1. La noche blanca<br>2. Los 167 años de Gramalote<br>3. III Reinado Folclórico del adulto mayor<br>4. Recibimiento de la navidad<br>5. Comparsa de la alcaldía municipal<br>6. Novenas |
| TOTAL HORAS MES                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 138  |                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>EVIDENCIAS DEL PROCESO FORMATIVO ARTÍSTICO</b>                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |      |                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Anexo:</b>                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |      |                                                                                                                                                                                                                 |

## INFORME PEDAGÓGICO DEL PROCESO DE FORMACIÓN ARTÍSTICA ÁREA DE DANZAS

| NIVEL DE FORMACIÓN          | SENSIBILIZACIÓN, EXPLORACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | CANTIDAD DE PARTICIPANTES ( 66 ) | MES:NOVIEMBRE                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBJETIVO NIVEL DE FORMACIÓN | Fomentar en el niño la importancia de conocerse y realizar ejercicios de desarrollo expresivo- constituir un lenguaje corporal como base de toda manifestación escénica.                                                                                                                                                                                                                                                  |                                  |                                                                                                                                                                                    |
| TEMA                        | DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | HORAS EJECUTADAS                 | RESULTADOS O PRODUCTOS                                                                                                                                                             |
| LAS PARTES DEL CUERPO       | Cada participante realiza un recorrido corporal inicial en los pies y finalizando en la cabeza en este recorrido identifica cada una de las partes de su cuerpo y las articulaciones que lo componen realizando movimientos en los ángulos de rotación permitidos por cada articulación, posterior mente identifica cada parte de cuerpo cuantas articulaciones posee ejemplo los pies, piernas brazos, manos, torso etc. | 10                               | El participante reconoce en su cuerpo las distintas partes que lo componen y los ángulos de rotación de las articulaciones para lograr los diferentes movimientos de estas partes. |
| FUNCIONES CORPORALES        | El participante explora las diferentes funciones corporales que intervienen en la forma del movimiento ejemplo: caminar, respirar, saltar, pulsaciones cardíacas, después de identificar las funciones corporales a través de un ejercicio individual recrea corporal mente las calidades de movimiento de la función escogida.                                                                                           | 20                               | El participante bailarín reconoce las funciones corporales que intervienen en la forma del movimiento.                                                                             |



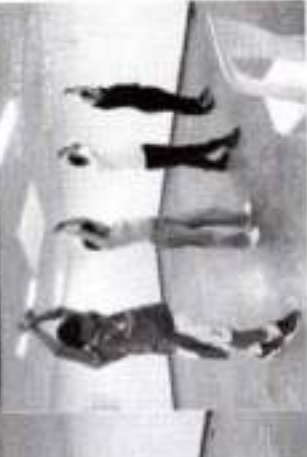
|                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                            |                                                                                     |                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fichas de inscripción.</li> <li>• Base de seguimiento participación de inscritos (Excel digital).</li> <li>• Registros de asistencia.</li> <li>• Ficha de Población Atendida.</li> </ul> | <p>REGISTRO FOTOGRAFICO</p> <p>(Colocar dos imágenes por cada actividad realizada del proceso formativo artístico realizado en el mes)</p> |  | <p>EVENTO CULTURAL- NOCHE BLANCA- 16 DE NOVIEMBRE.</p> <p>EVENTO CULTURAL- CUMPLEAÑOS DE GRAMALOTE- 27 DE NOVIEMBRE.</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



CLASES FORMATIVAS- CASA DEL ADULTO MAYOR- MUNICIPIO DE GRAMALOTE.



CLASES FORMATIVAS- CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA- MUNICIPIO DE GRAMALOTE.



## INFORME PEDAGÓGICO DEL PROCESO DE FORMACIÓN ARTÍSTICA ÁREA DE DANZAS

| NIVEL DE FORMACIÓN          | EXPLORACIÓN - NIVEL DE FORMACIÓN INICIAL                                                                                                                                                                                                                            | CANTIDAD DE PARTICIPANTES ( 66) | MES: DICIEMBRE                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBJETIVO NIVEL DE FORMACIÓN | Constituir un lenguaje corporal como base de toda manifestación escénica - REALIZAR ACTIVIDADES QUE LE PERMITA LA FLUIDEZ DEL CUERPO Y SU FAMILIARIDAD CON EL ESPACIO.                                                                                              |                                 |                                                                                                                                                                                                        |
| TEMA                        | DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD<br><i>(Detalle el nombre de la actividad, describa detalladamente cómo la realizó, recursos, materiales, paso a paso)</i>                                                                                                                     | HORAS EJECUTADAS                | RESULTADOS O PRODUCTOS<br><i>(Tener en cuenta el desarrollo del desempeño de las competencias Sensibilidad Perceptiva, producción creación y la comprensión socio cultural, en los participantes).</i> |
| PREPARACIÓN FÍSICA          | Se realizan rutinas de entrenamiento físico para fortalecimiento de zona media                                                                                                                                                                                      | 7.5                             | Los participantes bailarines preparan su cuerpo para la ejecución del trabajo corporal en danza                                                                                                        |
| EXPRESIÓN GESTUAL           | Se divide el grupo en parejas se acuestan en el piso boca abajo frente a frente y se pide realicen movimientos gestuales que representen estados de ánimo (alegría, tristeza, rabia, locura, confusión, mal genio)                                                  | 10                              | Cada participante reconoce y trabaja en mejorar su expresión gestual con el objetivo de mejorar su lenguaje corporal ya que la danza es un lenguaje no verbal que transmite desde el movimiento.       |
| ESQUEMA CORPORAL            | Mediante cartografía corporal cada participante dibuja la silueta de su cuerpo y pinta como se auto percibe su esquema corporal y como lo proyecta hacia los demás. Pasa al frente a con su dibujo y expone a sus compañeros su esquema corporal explicando el cómo | 10                              | El participante muestra cómo se auto percibe dentro de la sociedad.                                                                                                                                    |



|                                                                                         | se percibe y como considera lo percibe su entorno.                                                                                                                                                                                         |      |                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TÉCNICAS DE RESPIRACIÓN                                                                 | Mediante la técnica del yoga se trabaja la respiración para poder tener una adecuada respiración durante la ejecución de la actividad artística y recuperación en el trabajo físico.                                                       | 11   | Los participantes obtienen una conciencia en torno a una respiración adecuada.                                                                                                                                  |
| LATERALIDAD                                                                             | Se realizan ejercicios de desplazamiento con restricciones de movimiento ejemplo realizara el desplazamiento sobre la diagonal realizando movimiento contra lateral y homólogo. Igual mente realizara movimientos simétricos y asimétricos | 37   | El participante desarrolla la respuesta neurológica al trabajar movimientos homólogos o contralaterales que lo sacan de su zona de confort.                                                                     |
| DIRECCIONALIDAD                                                                         | Se trabajan diferentes tipos de recorrido en la sala de danza se pide al bailarín al ejecutar el desplazamiento utilice los niveles de movimiento                                                                                          | 37   | El participante reconoce el concepto de direccionalidad y ejecuta frases de movimientos en las direcciones que el formador requiera.                                                                            |
| HORAS ADMINISTRATIVAS                                                                   | PREPARACION DE INFORMES, Y PREPARACION DE CLASES ORGANIZACIÓN DE MATERIAL A UTILIZAR.                                                                                                                                                      | 8    | CONSOLIDACION DE LA INFORMACION PARA LAS ORGANIZACIONES QUE LO REQUIERAN.                                                                                                                                       |
| NÚMERO DE HORAS INVERTIDAS EN COMPONENTE DE GESTIÓN Y PROYECCIÓN COMUNITARIA POR SEMANA | Visibilizar y socializar los avances en la ejecución del proceso formativo.                                                                                                                                                                | 17,5 | Eventos programados:<br>1. La noche blanca<br>2. Los 167 años de Gramalote<br>3. III Reinado Folclórico del adulto mayor<br>4. Recibimiento de la navidad<br>5. Comparsa de la alcaldía municipal<br>6. Novenas |
| TOTAL HORAS MES                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                            | 138  |                                                                                                                                                                                                                 |
| OBSERVACIONES (DETALLAR SI REALIZA ARTICULACIÓN CON ALGUNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA)       |                                                                                                                                                                                                                                            |      |                                                                                                                                                                                                                 |

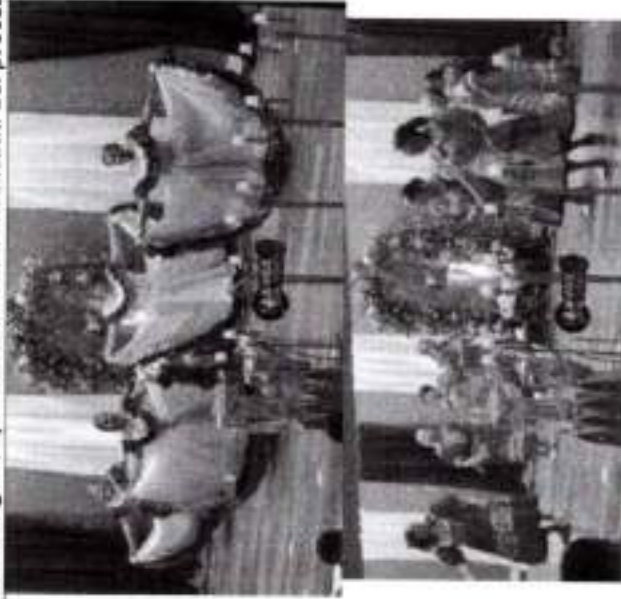
## EVIDENCIAS DEL PROCESO FORMATIVO ARTÍSTICO

### Anexa:

- Fichas de inscripción.
- Base de seguimiento participación de inscritos (Excel digital).
- Registros de asistencia.
- Ficha de Población Atendida.

### REGISTRO FOTOGRÁFICO

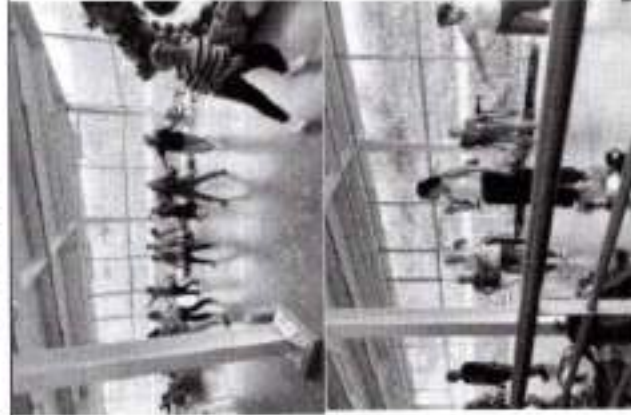
(Colocar dos imágenes por cada actividad realizada del proceso formativo artístico realizado en el mes)



EVENTO CULTURAL- III REINADO FOLCLORICO DEL ADULTO MAYOR-  
29 NOVIEMBRE.



EVENTO CULTURAL- CELEBRACIÓN DIA DE LA VIRGEN DE MOGUI.

|                                                                                     |                                                                                   |                                                                   |                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  | CLASES FORMATIVAS- CASA DEL ADULTO MAYOR- MUNICIPIO DE GRAMALOTE. | CLASES FORMATIVAS- CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA-MUNICIPIO DE GRAMALOTE. |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|

*Ange Calderón*  
 ANGE VANESA CALDAS TORRES  
 FIRMA DEL FORMADOR

MARIA CAMILA VALCARCEL SANDOVAL  
 FIRMA DEL SUPERVISOR MUNICIPAL O COOR DE CULTURA



















# **INSCRIPCIÓN Y CONSENTIMIENTO ÁREA DE DANZA**



## CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 1

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

| DATOS PERSONALES        |                           |          |            |
|-------------------------|---------------------------|----------|------------|
| Primer Apellido         | AYALA                     |          |            |
| Segundo Apellido        | LEAL                      |          |            |
| Primer Nombre           | THALIANA                  |          |            |
| Segundo Nombre          |                           |          |            |
| Doc. de Identidad       | 1092 156 576              | Edad     | 7          |
| Dirección de residencia | MZ 45 CASA 7 SANTA ANITA. | Teléfono | 3213641569 |
| E-mail                  | PAUL-07@hotmail.com       | Celular  | 3213641569 |

| DATOS FAMILIARES        |                              |         |              |
|-------------------------|------------------------------|---------|--------------|
| Nombre del Padre        | RICARDO JAVIER AYALA DAZA    |         |              |
| Ocupación               | MAQUINERIA Y PINTURA (CHIEF) | Celular | 321 390 2900 |
| Dirección de residencia | CULTA BARRIO UNION.          |         |              |
| Nombre de la Madre      | PAOLA ANOREA LEAL CAICEDO    |         |              |
| Ocupación               | AMA DE CASA                  | Celular | 3213641569   |
| Dirección de residencia |                              |         |              |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |                                           |                                     |                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------|
| Nombre del Seguro Médico o EPS                                                                                                                     | NUEVA EPS SUBSIDIADA                      |                                     |                     |
| Sexo                                                                                                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> MUJER | Paro                                | NO                  |
| Procedencia                                                                                                                                        | SI                                        | Cuando                              | Donde               |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            | SI                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | Cuáles              |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  | SI                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | Cuáles              |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     | Airth Eliana Leal Caicedo (tia)           |                                     | Teléfono 3202843234 |
| A continuación como acudante responsable del participante firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las reglas del presente formativo. |                                           |                                     |                     |
| <p>PAOLA ANOREA LEAL CAICEDO.</p> <p>Firma Y Cédula Acudiente</p>                                                                                  |                                           |                                     |                     |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|





**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.****AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, PAOLA ANDREA LEAL CAICEDO mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1092154456 Expedida en Gramalote, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Thaliana Ayala Leal participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024** realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, proyecto apoyado por el **ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural**, autorizo para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Paola A Leal C  
Nombre y firma Acudiente

C.C. 1092154456

Celular: 321 364 1569

Email: pale.07@hotmail.com

Nombre y firma de Participante

C.C.

Celular:

Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

**CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano**  
[contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co](mailto:contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co)  
[www.gramalote-nortedesantander.gov.co](http://www.gramalote-nortedesantander.gov.co)





CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 2

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

|                         |                          |          |             |
|-------------------------|--------------------------|----------|-------------|
| DATOS PERSONALES        |                          |          |             |
| Primer Apellido         | AYALA                    |          |             |
| Segundo Apellido        | LEAL                     |          |             |
| Primer Nombre           | LUCIANA VALENTINA        |          |             |
| Segundo Nombre          |                          |          |             |
| Doc. de Identidad       | 1092 157 228             | Tidal    | 5           |
| Dirección de residencia | M2 45 CASA 7 SANTA ANITA | Teléfono | 321 3641569 |
| E-mail                  | Paic-07@hotmail.com      | Celular  | 321 3641569 |

|                         |                               |         |             |
|-------------------------|-------------------------------|---------|-------------|
| DATOS FAMILIARES        |                               |         |             |
| Nombre del Padre        | RICARDO JAVIER AYALA DAZA     |         |             |
| Ocupación               | LATORERIA Y PINTURA (TRABAJA) | Celular | 321 3902900 |
| Dirección de residencia | CUCUTA BARRIO LA UNIÓN        |         |             |
| Nombre de la Madre      | PAOLA ANDREA LEAL CAICEDO     |         |             |
| Ocupación               | AMA DE CASA                   | Celular | 321 3641569 |
| Dirección de residencia | M2 45 CASA 7 SANTA ANITA      |         |             |

|                                                                                                                                               |                                                                    |         |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------|----------|
| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                 |                                                                    |         |          |
| Nombre del Seguro Médico o EPS                                                                                                                | BUENA EPS SUBSIDIADO                                               |         |          |
| Sexo                                                                                                                                          | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Postaje | A4       |
| Fracturas                                                                                                                                     | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuando  |          |
| Problemas respiratorios                                                                                                                       | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Cuando  |          |
| Uso de Medicamentos                                                                                                                           | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Cuando  |          |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                | Ruth GIANA LEAL CAICEDO (TIA)                                      |         | Teléfono |
| A continuación como acudiente responsable del participante debe comprometerse y ser responsable a cumplir con las citas del presente formato. |                                                                    |         |          |
| <p>PAOLA ANDREA LEAL CAICEDO</p> <p>Firma Y Celular Acudiente</p>                                                                             |                                                                    |         |          |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit. 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, PAOLA ANDREA LEAL CAICEDO mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1092154456 Expedida en GRAMALOTE, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) WICIANA VALENTINA AYALA LEAL participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024** realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, proyecto apoyado por el ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Vídeos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los vídeos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de vídeos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

PAOLA A Leal C.

Nombre y firma Acudiente

C.C. 1092154456

Celular: 3213641569

Email: Pa1c.09@gmail.com

Nombre y firma de Participante

C.C.

Celular:

Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 9 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co







# CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 3

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

| DATOS PERSONALES        |              |         |              |
|-------------------------|--------------|---------|--------------|
| Primer Apellido         | Sandoval     |         |              |
| Segundo Apellido        | Escalante    |         |              |
| Primer Nombre           | Jeseth       |         |              |
| Segundo Nombre          | Guadalupe    |         |              |
| Doc. de Identidad       | 1094 059 771 | Edad    | 10           |
| Dirección de residencia | H27 casa 2   |         | Teléfono     |
| E-mail                  |              | Celular | 320 384 9017 |

| DATOS FAMILIARES        |                  |         |              |
|-------------------------|------------------|---------|--------------|
| Nombre del Padre        | Yesid Sandoval   |         |              |
| Ocupación               |                  | Celular | 321 377 0364 |
| Dirección de residencia | H27 casa 2       |         |              |
| Nombre de la Madre      | Blanca Escalante |         |              |
| Ocupación               |                  | Celular | 320 384 9017 |
| Dirección de residencia | H27 casa 2       |         |              |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                           |                                                                    |         |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------|----------|
| Nombre del Seguro Médico o EPS                                                                                                          |                                                                    |         |          |
| Sistema                                                                                                                                 | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Portaje | B1       |
| Enfermedad                                                                                                                              | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuando  |          |
| Problemas respiratorios                                                                                                                 | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuales  |          |
| Toma Medicamentos                                                                                                                       | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuales  |          |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                          | Blanca Escalante                                                   |         | Teléfono |
| A continuación como responsable del participante firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las normas del proceso formativo |                                                                    |         |          |
| Blanca Escalante 109216442312                                                                                                           |                                                                    |         |          |
| Firma Y Celular Acudiente                                                                                                               |                                                                    |         |          |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co





CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Blanca Escalante mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1009164239 Expedida en Gramalote en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Jesseth Guadalupe Escalante participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024** realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, proyecto apoyado por el ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural**, autorizo para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Blanca Escalante  
Nombre y firma Acudiente  
C.C. 1009164239  
Celular: 3203849017  
Email: blanca-escalante86@gmail.com

Jesseth Guadalupe  
Nombre y firma de Participante  
C.C. 1094059771  
Celular: 3203849017  
Email:

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co





CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 4

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024",  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

| DATOS PERSONALES        |                           |          |            |            |
|-------------------------|---------------------------|----------|------------|------------|
| Primer Apellido         | Gomez                     |          |            |            |
| Segundo Apellido        | Escalante                 |          |            |            |
| Primer Nombre           | Maria                     |          |            |            |
| Segundo Nombre          | Jose                      |          |            |            |
| Doc. de Identidad       | 1.093.604.515             | Edad     | 11         |            |
| Dirección de residencia | Mz 8 casa 1 Santa Rosa    | Teléfono | 3112517893 |            |
| E-mail                  | gisbellosanchez@gmail.com |          | Celular    | 3203055939 |

| DATOS FAMILIARES        |                        |         |            |
|-------------------------|------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Jose Rosendo Gomez     |         |            |
| Ocupación               | Agricultor             | Celular | 3112517893 |
| Dirección de residencia | Mz 8 casa 1 Santa Rosa |         |            |
| Nombre de la Madre      | Rosio Sanai Escalante  |         |            |
| Ocupación               | Ama de casa            | Celular |            |
| Dirección de residencia | Mz 8 casa 1 Santa Rosa |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |                    |    |          |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----|----------|------------|
| Nombre del Seguro Médico o EPS                                                                                                                     | COMFAMORIENTE      |    |          |            |
| Antes                                                                                                                                              | SI                 | NO | X        |            |
| Parto                                                                                                                                              |                    |    |          |            |
| Fracturas                                                                                                                                          | SI                 | NO | X        |            |
| Cuando                                                                                                                                             |                    |    |          |            |
| Donde                                                                                                                                              |                    |    |          |            |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            | SI                 | NO | X        |            |
| Cuando                                                                                                                                             |                    |    |          |            |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  | SI                 | NO | X        |            |
| Cuando                                                                                                                                             |                    |    |          |            |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     | Yathzurg Escalante |    | Teléfono | 3112517893 |
| A continuación como estudiante responsable del participante firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo |                    |    |          |            |
| Yathzurg Escalante Sanchez 1004925135                                                                                                              |                    |    |          |            |
| Firma Y Celular Académico                                                                                                                          |                    |    |          |            |



## CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yathurg Escalante Sanchez mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1004925135 Expedida en San Cayetano, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Maria Jose Gomez Escalante participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024** realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, proyecto apoyado por el ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural**, autorizo para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Vídeos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Yathurg Escalante S.

Nombre y firma Acudiente

C.C. 1004925135

Celular: 3112517893

Email: gisbell06sanchez@gmail.com

Nombre y firma de Participante

C.C. 1093604515

Celular: 3203055439

Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**

**Nit: 890.501.404-1**

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co







# CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

## FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 5

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

| DATOS PERSONALES        |                                          |          |            |
|-------------------------|------------------------------------------|----------|------------|
| Primer Apellido         | Motta                                    |          |            |
| Segundo Apellido        | Mendoza                                  |          |            |
| Primer Nombre           | Danna                                    |          |            |
| Segundo Nombre          | Valentina                                |          |            |
| Doc. de Identidad       | 1094052115                               | Edad     | 15         |
| Dirección de residencia | Mz 20 Casa 2A                            | Teléfono | 3182674254 |
| E-mail                  | danna.valentina.mottamendoza94@gmail.com | Celular  | 3103070666 |

| DATOS FAMILIARES        |                           |         |            |
|-------------------------|---------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Juan Gabriel Motta Acosta |         |            |
| Ocupación               | conductor                 | Celular |            |
| Dirección de residencia | Cucuta                    |         |            |
| Nombre de la Madre      | Lidia Amparo Mendoza Alba |         |            |
| Ocupación               | Independiente             | Celular | 3103070666 |
| Dirección de residencia | Mz 20 Casa 2A             |         |            |

| DATOS MÉDICOS                     |                                                                    |          |            |
|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------|------------|
| Nombre del Seguro Médico C.E.P.S. | compañía subsidiada                                                |          |            |
| Sexo                              | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Postura  | A2         |
| Fracturas                         | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Causa    |            |
| Problemas respiratorios           | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Causa    |            |
| Uso de Medicamentos               | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>            | Causa    |            |
| En caso de emergencia llamar a    | Amparo mendoza                                                     | Teléfono | 3103070666 |

A continuación como responsable del participante firma el consentimiento y me comprometo a cumplir con las reglas del proceso selectivo

Amparo Mendoza Alba 37276054.

Firma y Cédula Académica

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

Alcaldía Municipal de Gramalote  
NIT: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



## CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Amenya Mendez Alba mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 33236054 Expedida en CUCUTA, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Danna Valentina Motta Mendez participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024** realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, proyecto apoyado por el **ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural**, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ Creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, doy mi consentimiento y mi Hijo(a) da su asentimiento, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Amenya Mendez Alba  
Nombre y firma Acudiente  
C.C. 33236054  
Celular: 3103070666  
Email: aname4978@gmail.com

Danna Motta Mendez  
Nombre y firma de Participante  
C.C. 7094052115  
Celular: 3152674259  
Email: danna.valentina.mottamendez@gmail.com

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote.nortesantander.gov.co  
www.gramalote.nortesantander.gov.co



Cultura

## CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 6

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FAS"  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación

## DATOS PERSONALES

|                         |                 |          |    |  |
|-------------------------|-----------------|----------|----|--|
| Primer Apellido         | Lozada          |          |    |  |
| Segundo Apellido        | Yañez           |          |    |  |
| Primer Nombre           | Liana           |          |    |  |
| Segundo Nombre          | Silvana         |          |    |  |
| Doc. de Identidad       | 1.094.859.336   | Edad     | 10 |  |
| Dirección de residencia | Man: 23 casa 12 | Teléfono |    |  |
| E-mail                  |                 | Celular  |    |  |



## DATOS FAMILIARES

|                         |                     |         |               |  |
|-------------------------|---------------------|---------|---------------|--|
| Nombre del Padre        | William Lozada      |         |               |  |
| Ocupación               | Empleado            | Celular | 313 333 7747  |  |
| Dirección de residencia |                     |         |               |  |
| Nombre de la Madre      | Fanny Liliana Yañez |         |               |  |
| Ocupación               | Empleado            | Celular | 313 57 69 490 |  |
| Dirección de residencia | Man: 26 casa 1 B.   |         |               |  |

## DATOS MÉDICOS

|                                |             |      |          |                                |
|--------------------------------|-------------|------|----------|--------------------------------|
| Nombre del Seguro Médico o EPS | Nueva E.P.S |      |          |                                |
| Saludo                         | SI          | NO   | Postura  |                                |
| Practuras                      | SI          | NO X | Cuadro   | -                              |
| Problemas respiratorios        | SI X        | NO   | Cuadro   | Respirados, Infe. Respiratoria |
| Toma Medicamentos              | SI          | NO   | Cuadro   | Acetaminofen                   |
| En caso de emergencia llamar a |             |      | Teléfono | 313 57 69 490                  |

A continuación como estudiante responsable del curso, firma en consentimiento y me comprometo a cumplir con las reglas del presente formato.

Fanny Liliana Yañez Hincapié  
Firma Y Cédula Académica

Página:

1 de 1

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co





## CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Fanny Liliana Yañez M mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 22.720.802 Expedida en Gramalote, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Maria Silvana Lozada Yañez participe del PROYECTO denominado - ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024", realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, proyecto apoyado por el ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Vídeos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, doy mi consentimiento y mi Hijo(a) da su asentimiento, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Fanny Liliana Yañez M

Nombre y firma Acudiente

C.C. 22.720.802

Celular: 3135769400

Email:

Nombre y firma de Participante

C.C.

Celular:

Email:

Maria Silvana Lozada Yañez: ✓

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 9 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote.nortesantander.gov.co  
www.gramalote.nortesantander.gov.co





CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 7

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

| DATOS PERSONALES        |             |         |            |
|-------------------------|-------------|---------|------------|
| Primer Apellido         | DOPAZ       |         |            |
| Segundo Apellido        | Escalante   |         |            |
| Primer Nombre           | SARA        |         |            |
| Segundo Nombre          | Valentina   |         |            |
| Doc. de Identidad       |             | Edad    | 11         |
| Dirección de residencia | MZ 71 C9297 |         | Teléfono   |
| E-mail                  |             | Celular | 3118541101 |

| DATOS FAMILIARES        |                |         |            |
|-------------------------|----------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Belfis Xiomara |         |            |
| Ocupación               |                | Celular | 3118541101 |
| Dirección de residencia | MZ 71 C9297    |         |            |
| Nombre de la Madre      | Belfis Xiomara |         |            |
| Ocupación               |                | Celular | 3118541101 |
| Dirección de residencia | MZ 71 C9297    |         |            |

| DATOS MEDICOS                                                                                                                                    |            |    |           |          |       |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----|-----------|----------|-------|--|--|
| Nombre del Seguro Médico o EPS                                                                                                                   |            |    |           |          |       |  |  |
| Asísten                                                                                                                                          | SI         | NO | Participa |          |       |  |  |
| Fracturas                                                                                                                                        | SI         | NO | Cuándo    |          | Dónde |  |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                          | SI         | NO | Cuándo    |          | Dónde |  |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                | SI         | NO | Cuándo    |          | Dónde |  |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                   | 3118541101 |    |           | Teléfono |       |  |  |
| Acreditación como asistente responsable del participante firma mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo. |            |    |           |          |       |  |  |
|                                                                                                                                                  |            |    |           |          |       |  |  |
| Firma Y Celular Asistente                                                                                                                        |            |    |           |          |       |  |  |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

Alcaldía Municipal de Gramalote  
NIT: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.**

**AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, Belkis Xiomara mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No.                      Expedida en                      en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Sara Valentina López participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024** realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, proyecto apoyado por el ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural, autorizo para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Belkis Xiomara

Nombre y firma Acudiente

C.C.

Celular: 3118541101

Email:                     

Sara Valentina

Nombre y firma de Participante

C.C.

Celular: 3118541101

Email:                     

**Alcaldía Municipal de Gramalote**

**Nit: 890.501.404-1**

**CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzano 3 - Nueva Casa Urbana**  
correo: [correo@gramalote-nortedesantander.gov.co](mailto:correo@gramalote-nortedesantander.gov.co)  
web: [gramalote-nortedesantander.gov.co](http://gramalote-nortedesantander.gov.co)



**ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE**  
NORTE DE SANTANDER





Cultura

## CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 8

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

| DATOS PERSONALES        |              |          |            |
|-------------------------|--------------|----------|------------|
| Primer Apellido         | Mendoza      |          |            |
| Segundo Apellido        | Gutierrez    |          |            |
| Primer Nombre           | Astrid       |          |            |
| Segundo Nombre          | Jimena       |          |            |
| Doc. de Identidad       | 7092947920   | Edad     | 13         |
| Dirección de residencia | MN2 70 CS 75 | Teléfono | 3125782530 |
| E-mail                  |              | Celular  |            |

| DATOS FAMILIARES        |                               |         |            |
|-------------------------|-------------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Alvaro mendoza                |         |            |
| Ocupación               | Taxista                       | Celular | 3103587193 |
| Dirección de residencia | MZ 37 CS 88                   |         |            |
| Nombre de la Madre      | Gloria Rocío Gutierrez Ibarra |         |            |
| Ocupación               | Ama de casa                   | Celular | 3125782530 |
| Dirección de residencia | MZ 70 CS 75                   |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                       |                                        |                                        |         |    |  |          |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|---------|----|--|----------|------------|
| Nombre del Seguro Médico o EPS                                                                                                                      |                                        |                                        |         |    |  |          |            |
| Sobren                                                                                                                                              | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO                                     | Puntaje | B2 |  |          |            |
| Fracturas                                                                                                                                           | SI                                     | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuando  |    |  | Donde    |            |
| Problemas respiratorios                                                                                                                             | SI                                     | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuando  |    |  |          |            |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                   | SI                                     | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuando  |    |  |          |            |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                      |                                        |                                        |         |    |  | Teléfono | 3125782530 |
| A continuación como estudiante responsable del participante firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo. |                                        |                                        |         |    |  |          |            |
| Gloria Rocío Gutierrez Ibarra 7092 735 597                                                                                                          |                                        |                                        |         |    |  |          |            |
| Firma Y Cédula Acudiente                                                                                                                            |                                        |                                        |         |    |  |          |            |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

Alcaldía Municipal de Gramalote  
NIT: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casas Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



## CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Gloria Rocio Gutierrez Ibañez mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 409155531 expedida en Gramalote, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Astia Jimena Mendez Gutierrez participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024**-, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, proyecto apoyado por el ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Gloria Rocio G.I  
Nombre y firma Acudiente  
C.C. 4092155531  
Celular: 372 518 2530  
Email:

Nombre y firma de Participante  
C.C. TI 1092947920  
Celular:                       
Email:

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote.nortesantander.gov.co  
www.gramalote.nortesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
NORTE DE SANTANDER

CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 10

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural

|                         |               |      |   |                                                                                     |            |
|-------------------------|---------------|------|---|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| DATOS PERSONALES        |               |      |   |  |            |
| Primer Apellido         | CACERES       |      |   |                                                                                     |            |
| Segundo Apellido        | VALEJO        |      |   |                                                                                     |            |
| Primer Nombre           | KAROL         |      |   |                                                                                     |            |
| Segundo Nombre          | SAIOME        |      |   |                                                                                     |            |
| Doc. de Identidad       | 109238543929  | Edad | 8 |                                                                                     |            |
| Dirección de residencia | M2-5B CASA 8A |      |   | Teléfono                                                                            | 3223854177 |
| E-mail                  |               |      |   | Celular                                                                             |            |

|                         |               |  |         |
|-------------------------|---------------|--|---------|
| DATOS FAMILIARES        |               |  |         |
| Nombre del Padre        |               |  |         |
| Ocupación               |               |  | Celular |
| Dirección de residencia |               |  |         |
| Nombre de la Madre      |               |  |         |
| Ocupación               | AMA DE CASA   |  | Celular |
| Dirección de residencia | M2 5B CASA 11 |  |         |

|                                                                                                                                                    |                                        |                                        |         |             |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|---------|-------------|------------|
| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |                                        |                                        |         |             |            |
| Nombre del Seguro Médico o EPS                                                                                                                     |                                        |                                        |         |             |            |
| Sexo                                                                                                                                               | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/>            | Puntaje | COMPAÑIENTE |            |
| Fracturas                                                                                                                                          | SI <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuando  | A3          |            |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            | SI <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuando  |             |            |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  | SI <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuando  |             |            |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     | MIFEYA VALEJO                          |                                        |         | Teléfono    | 3223854177 |
| A continuación como acudiente responsable del participante firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las reglas del proceso formativo. |                                        |                                        |         |             |            |
| MIFEYA VALEJO CC. 27.720.233                                                                                                                       |                                        |                                        |         |             |            |
| Firma y Cédula Acudiente                                                                                                                           |                                        |                                        |         |             |            |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

Alcaldía Municipal de Gramalote  
NIT. 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 9 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co





## CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, MIREYA VALERO mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 27.720.233 Expedida en GRAMALOTE, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) KAROL SALOME CACEFES VALERO participe del PROYECTO denominado - ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024", realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, proyecto apoyado por el ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

MIREYA VALERO  
Nombre y firma Acudiente  
C.C. 27.720.233  
Celular: 322.385.4777  
Email:

Karol Salome C.V  
Nombre y firma de Participante  
C.C. 20.923.854.3429  
Celular: 322.385.4777  
Email:

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 9 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote.nortedesantander.gov.co  
www.gramalote.nortedesantander.gov.co



ALCALDIA DE  
GRAMALOTE  
NORTE DE SANTANDER



# CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 9

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024",  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

| DATOS PERSONALES        |                              |      |            |
|-------------------------|------------------------------|------|------------|
| Primer Apellido         | Peñaranda                    |      |            |
| Segundo Apellido        | Leal                         |      |            |
| Primer Nombre           | Luisa Juliana                |      |            |
| Segundo Nombre          | Juliana                      |      |            |
| Doc. de identidad       | 1.091.997.993                | Edad | 8 años     |
| Dirección de residencia | Mz 46 Casa 17B B Santa Anita |      | Teléfono   |
| E-mail                  | ruthelianaalc@t29@gmail.com  |      | Celular    |
|                         |                              |      | 3202843234 |

| DATOS FAMILIARES        |                                          |         |            |
|-------------------------|------------------------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Marco Elias Peñaranda Abril              |         |            |
| Ocupación               | Abogado                                  | Celular | 3208153721 |
| Dirección de residencia | Mz 46 Casa 17B Barrio Santa Anita - Gte. |         |            |
| Nombre de la Madre      | Ruth Elana leal caicedo                  |         |            |
| Ocupación               | Independiente                            | Celular | 3202843234 |
| Dirección de residencia | Mz 46 Casa 17B Barrio Santa Anita - Gte. |         |            |

| DATOS MEDICOS                                                                                                                                      |                                                                    |          |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------|--------------------------|
| Nombre del Seguro Médico o EPS                                                                                                                     | Sanitas EPS                                                        |          |                          |
| Salud                                                                                                                                              | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Pastor   |                          |
| Fracturas                                                                                                                                          | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuando   |                          |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Cuales   | Asmática - Alergica Años |
| Uso Medicamentos                                                                                                                                   | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Cuales   | Inhaladores              |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     | Ruth Elana leal C                                                  | Teléfono | 3202843234               |
| A continuación como acudiente responsable del participante firma su consentimiento y me comprometo a cumplir con las reglas del proceso formativo. |                                                                    |          |                          |
| Ruth Elana leal Caicedo cc 1.092.154.109.                                                                                                          |                                                                    |          |                          |
| Firma Y Celular Acudiente                                                                                                                          |                                                                    |          |                          |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote.nortesantander.gov.co  
www.gramalote.nortesantander.gov.co



## CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Ruth Eliana Leal Carcedo mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1092154109 Expedida en Gramalote, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Luisa Juliana Peñaranda Leal participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024**", realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, proyecto apoyado por el **ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural**, autorizo para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos. Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Ruth Eliana Leal Carcedo

Nombre y firma Acudiente

C.C. 1092154109

Celular: 3202843234

Email: rutheliana1c@129@gmail.com

Nombre y firma de Participante

C.C.

Celular:

Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 8 - Nuevo Centro Urbano  
contrataciones@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co





**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE**
**FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N°** 11
**"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024"**  
 Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación

| DATOS PERSONALES        |                        |         |            |
|-------------------------|------------------------|---------|------------|
| Primer Apellido         | Ortega                 |         |            |
| Segundo Apellido        | Rodriguez              |         |            |
| Primer Nombre           | Nohelia                |         |            |
| Segundo Nombre          | Alejandra              |         |            |
| Doc. de Identidad       | TI 1091995561          | Edad    | 9 años     |
| Dirección de residencia | M2 77-casa 5 la temita |         | Teléfono   |
| E-mail                  |                        | Celular | 3209093124 |



| DATOS FAMILIARES               |             |         |            |
|--------------------------------|-------------|---------|------------|
| Nombre del Padre               |             |         |            |
| Ocupación                      |             | Celular |            |
| Dirección de residencia        |             |         |            |
| Nombre de la Madre             |             |         |            |
| Astrid Sulay Rodriguez Ramirez |             |         |            |
| Ocupación                      | Ama de casa | Celular | 3209098124 |
| Dirección de residencia        |             |         |            |
| M2 77-3 la temita              |             |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                    |                                        |                                        |         |       |          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|---------|-------|----------|
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                |                                        |                                        |         |       |          |
| Asma                                                                                                                                             | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO                                     | Puntaje | A 4   |          |
| Fracturas                                                                                                                                        | SI                                     | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuando  | Donde |          |
| Problemas respiratorios                                                                                                                          | SI                                     | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Códes   |       |          |
| Uso de Medicamentos                                                                                                                              | SI                                     | NO                                     | Códes   |       |          |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                   |                                        |                                        |         |       | Teléfono |
| A continuación como acudiente responsable del participante firma en constatación y me comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo. |                                        |                                        |         |       |          |
| Astrid Rodriguez R 60.362.352                                                                                                                    |                                        |                                        |         |       |          |
| Firma Y Celular Acudiente                                                                                                                        |                                        |                                        |         |       |          |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
 NIT: 890.501.404-1

 CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
 contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
 www.gramalote-nortedesantander.gov.co


## CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Astrid Sulay Rodríguez Ramírez mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 60.362.352 Expedida en Cúcuta, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Nohelia Alejandra Ortega R participe del PROYECTO denominado – ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE –FASE II -VIGENCIA 2024”, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, proyecto apoyado por el ministerio de cultura – Programa Nacional de concertación cultural, autorizo para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe, así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, doy mi consentimiento y mi Hijo(a) da su asentimiento, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Astrid Rodríguez R  
Nombre y firma Acudiente  
C.C. 60.362.352  
Celular: 3209093124  
Email:

Nohelia Alejandra Ortega R.  
Nombre y firma de Participante  
C.C.  
Celular:  
Email:

Alcaldía Municipal de Gramalote  
NIT: 890.501.404-1

GOBIERNO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Municipio G – Nueva Casa Urbana  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



ALCALDIA DE  
GRAMALOTE  
NORTE DE SANTANDER



# CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 12

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

| DATOS PERSONALES        |                          |      |            |
|-------------------------|--------------------------|------|------------|
| Primer Apellido         | Sepulveda                |      |            |
| Segundo Apellido        | Melo                     |      |            |
| Primer Nombre           | Danna                    |      |            |
| Segundo Nombre          | Isabella                 |      |            |
| Doc. de Identidad       | 1093604949               | Edad | 10 Años    |
| Dirección de residencia | Man 25 casa 1a           |      | Teléfono   |
| E-mail                  | Yamile Melo se@gmail.com |      | Celular    |
|                         |                          |      | 3134824781 |

| DATOS FAMILIARES        |                              |         |            |
|-------------------------|------------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Julio Roberto Sepulveda Melo |         |            |
| Ocupación               |                              | Celular |            |
| Dirección de residencia |                              |         |            |
| Nombre de la Madre      | Raime Yamile Melo Ayala      |         |            |
| Ocupación               | Ama de casa                  | Celular | 3134824781 |
| Dirección de residencia | Man 25 casa 1a               |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                     |                                        |                                        |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------|
| Nombre del Seguro Médico o EPS                                                                                                                    | Sanitas                                |                                        |          |
| Salud                                                                                                                                             | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO                                     | Posteje  |
| Fracturas                                                                                                                                         | SI                                     | NO                                     | Cuadro   |
| Problemas respiratorios                                                                                                                           | SI                                     | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuadro   |
| Uso Medicamentos                                                                                                                                  | SI                                     | NO                                     | Cuadro   |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                    | Yamile Melo 3134824781                 |                                        | Teléfono |
| A continuación como académico responsable del participante firma su consentimiento y se compromete a cumplir con las reglas del proceso formativo |                                        |                                        |          |
| cc. 27421185<br>Firma Y Celular Académico                                                                                                         |                                        |                                        |          |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co





## CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Carmona Jamile Melo Nolas mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 27.721.185 Expedida en Gramalote, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Isabella Sepulveda Melo participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024**", realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, proyecto apoyado por el **ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural**, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Nombre y firma Acudiente Jamile Melo  
C.C. 27.721.185  
Celular: 3134824781  
Email: MeloJam.131@gmail.com

Nombre y firma de Participante Danna Isabella S. Melo  
C.C. 1093604949  
Celular: 3134824781  
Email:

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote.nortesantander.gov.co  
www.gramalote.nortesantander.gov.co



ALCALDIA DE  
GRAMALOTE  
NORTE DE SANTANDER



# CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 13

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II - VIGENCIA 2024".  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

| DATOS PERSONALES        |                           |         |                     |
|-------------------------|---------------------------|---------|---------------------|
| Primer Apellido         | Andrade                   |         |                     |
| Segundo Apellido        | Arroyo                    |         |                     |
| Primer Nombre           | Sofía                     |         |                     |
| Segundo Nombre          | Isabel                    |         |                     |
| Doc. de Identidad       | 1.127.611.622             | Edad    | 9 años              |
| Dirección de residencia | M239, #7A, Br. Sta. Anita |         | Teléfono 3212427084 |
| E-mail                  |                           | Celular | 3212427084          |

| DATOS FAMILIARES        |                                 |         |            |
|-------------------------|---------------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Nelson Camilo Andrade Escalante |         |            |
| Ocupación               | Taxista                         | Celular | 3102444301 |
| Dirección de residencia | M239, #7A, Br. Sta. Anita       |         |            |
| Nombre de la Madre      | Aracelis Patricia Arroyo Montes |         |            |
| Ocupación               | Ama de casa                     | Celular | 3212427084 |
| Dirección de residencia | M239, #7A, Br. Sta. Anita       |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                       |                                                                    |           |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------|
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                   | Nueva E.P.S.                                                       |           |                     |
| Nombre                                                                                                                                              | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Participa | A3                  |
| Fractura                                                                                                                                            | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cómo      | Desde               |
| Problemas respiratorios                                                                                                                             | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cómo      |                     |
| Uso de Medicamentos                                                                                                                                 | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cómo      |                     |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                      | Camilo Andrade                                                     |           | Teléfono 3102444301 |
| A continuación como representante responsable del participante firmo en conformidad y me comprometo a cumplir con las normas del proceso formativo. |                                                                    |           |                     |
| <p align="center"><b>Camilo Andrade E.</b><br/>Firma y Celular Académico<br/>1.127.522.889</p>                                                      |                                                                    |           |                     |
| Página:                                                                                                                                             |                                                                    | 1 de 1    |                     |

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Centro Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.****AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, Néstor Camilo Andrade Escalante mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.127.582.889 Expedida en Venezuela, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Sofía Isabella Andrade Amor participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024**-. realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, proyecto apoyado por el **ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural**, autorizo para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ **Imagen** ☒ **Frases** ☒ **Declaraciones** ☒ **Testimonios** ☒ **Retrato fotográfico** ☒ **Locaciones** ☒ **Pinturas** ☒ **creaciones** ☒ **Fotografías** ☒ **Videos** ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Camilo Andrade E.

Nombre y firma Acudiente

C.C. 1.127.582.889

Celular: 3102444301

Email: Camiloandrade473@gmail.com

Sofía Andrade A.

Nombre y firma de Participante

C.C. 1.127.611.622

Celular: 3102444301

Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**

**Nit: 890.501.404-1**

**CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 6 - Nuevo Casco Urbano**  
[contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co](mailto:contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co)  
[www.gramalote-nortedesantander.gov.co](http://www.gramalote-nortedesantander.gov.co)







# CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 14

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

| DATOS PERSONALES        |               |          |            |
|-------------------------|---------------|----------|------------|
| Primer Apellido         | FLORES        |          |            |
| Segundo Apellido        | FLORES        |          |            |
| Primer Nombre           | MAYOR         |          |            |
| Segundo Nombre          | ALEJANDRO     |          |            |
| Doc. de Identidad       | 7.042.755.827 | Edad     | 75         |
| Dirección de residencia | MZ-20 casa 66 | Teléfono | 3204270460 |
| E-mail                  |               | Celular  |            |

| DATOS FAMILIARES        |                             |         |            |
|-------------------------|-----------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Eldo Mervin Flores Páez     |         |            |
| Ocupación               |                             | Celular | 3274474009 |
| Dirección de residencia | MZ-20 casa 66               |         |            |
| Nombre de la Madre      | Luis Andelfo Flores Cordero |         |            |
| Ocupación               |                             | Celular | 3224470747 |
| Dirección de residencia | MZ-20 casa 66               |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                        |                                        |                                        |        |            |  |       |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|--------|------------|--|-------|--|
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                    |                                        |                                        |        | CONFIDENTE |  |       |  |
| Saben                                                                                                                                | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO                                     | Paseo  | 67         |  |       |  |
| Tratamiento                                                                                                                          | SI                                     | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuando |            |  | Desde |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                              | SI                                     | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuando |            |  |       |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                    | SI                                     | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuando |            |  |       |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                       | 3274474009                             |                                        |        | Teléfono   |  |       |  |
| A continuación como responsable del participante firma en conformidad y se compromete a cumplir con las reglas del proceso formativo |                                        |                                        |        |            |  |       |  |
| Elysa Mervin Flores                                                                                                                  |                                        |                                        |        |            |  |       |  |
| Firma Y Celular Académico                                                                                                            |                                        |                                        |        |            |  |       |  |

|        |        |
|--------|--------|
| Página | 1 de 1 |
|--------|--------|

Alcaldía Municipal de Gramalote  
NIT: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote.nortedesantander.gov.co  
www.gramalote.nortedesantander.gov.co



**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.**

**AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, Clara Mariana Flores Pardo mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 23.727.208 expedida en Gramalote, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Mayra Alejandra Flores Flores participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024** realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, proyecto apoyado por el **ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural**, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Mariana Flores  
Nombre y firma Acudiente  
C.C. 23.727.208  
Celular: 327.944.0009  
Email:

Mayra Alejandra Flores  
Nombre y firma de Participante  
C.C. 2092.735.227  
Celular: 3204270460  
Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manana 9 - Nueva Casa Urbana  
contratacion@gramalote.nortesantander.gov.co  
www.gramalote.nortesantander.gov.co



**ALCALDIA DE  
GRAMALOTE**  
NORTE DE SANTANDER



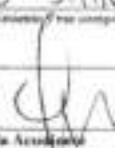
# CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 15

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

| DATOS PERSONALES        |                               |          |            |
|-------------------------|-------------------------------|----------|------------|
| Primer Apellido         | Amado                         |          |            |
| Segundo Apellido        | Losorio                       |          |            |
| Primer Nombre           | Samuel                        |          |            |
| Segundo Nombre          | Ricardo                       |          |            |
| Doc. de Identidad       | 77 1098044-193                | Edad     | 15         |
| Dirección de residencia | Gramalote Nz 11 casa 4        | Teléfono |            |
| E-mail                  | Samuel.ricardo.51al@gmail.com | Celular  | 3209117777 |

| DATOS FAMILIARES        |                               |         |             |
|-------------------------|-------------------------------|---------|-------------|
| Nombre del Padre        | Alvaro Alonso Amado Amador    |         |             |
| Ocupación               | Profesional en ingeniería     | Celular | 315 8435195 |
| Dirección de residencia | Gramalote Nz 11 casa 4        |         |             |
| Nombre de la Madre      | Helen Yajaira Veloz           |         |             |
| Ocupación               | Profesional en administración | Celular | 310 8403573 |
| Dirección de residencia | Gramalote Nz 11 casa 4        |         |             |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |                                        |         |                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------|----------------------|
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                  | Comfamiliar                            |         |                      |
| Sistema                                                                                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> SI | Postigo | C5                   |
| Fracturas                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> SI | Cuando  |                      |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> SI | Cuando  |                      |
| Toma Medicamento                                                                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> SI | Cuando  |                      |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     | Alvaro Amado                           |         | Teléfono 315 8435195 |
| A continuación como estudiante responsable del participante firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las reglas del presente formato. |                                        |         |                      |
| <br>Firma Y Celular Acordante                                   |                                        |         |                      |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL.- Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co





## CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Herly Yajaira Veloz mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 4092455477 Expedida en Gramalote, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Samuel Ricardo Amado Veloz participe del PROYECTO denominado – **ESCUELA DE FORMACIÓN ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE –FASE II -VIGENCIA 2024**”, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, proyecto apoyado por el **ministerio de cultura – Programa Nacional de concertación cultural**, autorizo para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Nombre y firma Acudiente Yajaira Veloz  
C.C. 4092455477  
Celular: 3108703573  
Email: 949pauvelozacua@gmail.com

Samuel Amado  
Nombre y firma de Participante Samuel Amado  
C.C. 7.1 4098044123  
Celular: 320 9114711  
Email: Samuel.ricardo.srac@gmail.com

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana B – Nuevo Casas Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



**ALCALDIA DE  
GRAMALOTE**  
NORTE DE SANTANDER



# CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

## FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 16

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

| DATOS PERSONALES        |                         |          |            |
|-------------------------|-------------------------|----------|------------|
| Primer Apellido         | Rios                    |          |            |
| Segundo Apellido        | monsalve                |          |            |
| Primer Nombre           | Paola                   |          |            |
| Segundo Nombre          | Isabella                |          |            |
| Doc. de Identidad       | T1 1094054514           | Edad     | 15         |
| Dirección de residencia | manzana 6 casa 7-B      | Teléfono |            |
| E-mail                  | paolarios0602@gmail.com | Celular  | 3202312178 |

| DATOS FAMILIARES        |                               |         |            |
|-------------------------|-------------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Pedro Maungo Mendez           |         |            |
| Ocupación               | Docente                       | Celular | 3102163481 |
| Dirección de residencia | manzana 6 casa 7-B            |         |            |
| Nombre de la Madre      | Miriam Paola Monsalve Espitia |         |            |
| Ocupación               | Psicóloga                     | Celular | 3212101305 |
| Dirección de residencia | manzana 6 casa 7-B            |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                     |                                                                    |                      |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------|----------|
| Nombre del Seguro Médico O.E.P.S.                                                                                                                 |                                                                    | sanitas contributivo |          |
| Salud                                                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Parque               | B2       |
| Fracturas                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | Cuando               |          |
| Problemas respiratorios                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | Cuando               |          |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | Cuando               |          |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                    | 3202312178                                                         |                      | Teléfono |
| A continuación como académico responsable del participante firma su consentimiento y se compromete a cumplir con las reglas del proceso formativo |                                                                    |                      |          |
|                                                                |                                                                    | 53028499             |          |
| Firma y Celular Académico                                                                                                                         |                                                                    |                      |          |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



## CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Paola Monsalve mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 53028499 Expedida en Bogotá, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Paola Pios participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024** realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, proyecto apoyado por el **ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural**, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,



Nombre y firma Acudiente

C.C. 53028499

Celular: 3212101305

Email: [mpaola.monsalve@gmail.com](mailto:mpaola.monsalve@gmail.com)

Isabella Pios

Nombre y firma de Participante

C.C. 1004054519

Celular: 3202312178

Email: [paolapios0602@gmail.com](mailto:paolapios0602@gmail.com)

Alcaldía Municipal de Gramalote

Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 9 - Nuevo Casco Urbano  
[contratacion@gramalote-nortesantander.gov.co](mailto:contratacion@gramalote-nortesantander.gov.co)  
[www.gramalote-nortesantander.gov.co](http://www.gramalote-nortesantander.gov.co)





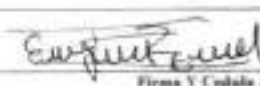
## CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 17

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

| DATOS PERSONALES        |                          |         |            |
|-------------------------|--------------------------|---------|------------|
| Primer Apellido         | Sierra                   |         |            |
| Segundo Apellido        | Rodriguez                |         |            |
| Primer Nombre           | Danna                    |         |            |
| Segundo Nombre          | Juliana                  |         |            |
| Doc. de Identidad       | 1097104639               | Edad    | 14         |
| Dirección de residencia | Manzana 41 casa 3B       |         | Teléfono   |
| E-mail                  | jonantiragor@hotmail.com | Celular | 3105374857 |

| DATOS FAMILIARES        |                              |         |            |
|-------------------------|------------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Alberto Jesus Sierra Pacheco |         |            |
| Ocupación               |                              | Celular | 3219151451 |
| Dirección de residencia | Manzana 41 casa 3B           |         |            |
| Nombre de la Madre      | Edy Yonana Rodriguez         |         |            |
| Ocupación               | Asesor Enfermería            | Celular | 3144701000 |
| Dirección de residencia | Manzana 41 casa 3B           |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                        |                                        |                                        |          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------|
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                    | Comfamiliar                            |                                        |          |
| Arterial                                                                                                                                             | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/>            | Presión  |
| Fracturas                                                                                                                                            | SI <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuando   |
| Problemas respiratorios                                                                                                                              | SI <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuando   |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                    | SI <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuando   |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                       | Edy Yonana Rodriguez                   |                                        | Teléfono |
| A continuación como académico responsable del participante firma en consentimiento y así comprometerse a cumplir con los ritos del proceso formativo |                                        |                                        |          |
|                                                                   |                                        | CC. 27721498                           |          |
| Firma Y Celular Académico                                                                                                                            |                                        |                                        |          |

|        |        |
|--------|--------|
| Página | 1 de 1 |
|--------|--------|

Alcaldía Municipal de Gramalote  
NIT: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortesantander.gov.co  
www.gramalote-nortesantander.gov.co



CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Edy Yonara Rodríguez mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 27721448 Expedida en Gramalote, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Danna Johana Sierra Rodríguez participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024** realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, proyecto apoyado por el **ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural**, autorizo para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Edy Yonara Rodríguez

Nombre y firma Acudiente

C.C. 27721448

Celular: 3144701000

Email: jonanitariogarcia@hotmail.com

Danna Sierra

Nombre y firma de Participante

C.C. 1097104639

Celular: 3205374857

Email:

Alcaldía Municipal de Gramalote

Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manana 0 - Nuevo Casco Urbano

contratacion@gramalotenortesantander.gov.co

www.gramalotenortesantander.gov.co





# CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 18

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024",  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

## DATOS PERSONALES

|                         |                            |      |          |            |
|-------------------------|----------------------------|------|----------|------------|
| Primer Apellido         | Ratino                     |      |          |            |
| Segundo Apellido        | Gutierrez                  |      |          |            |
| Primer Nombre           | Ruben                      |      |          |            |
| Segundo Nombre          | David                      |      |          |            |
| Doc. de Identidad       |                            | Edad | 17       |            |
| Dirección de residencia | H2 38 Casa 3A S. Ande      |      | Teléfono | 3104089305 |
| E-mail                  | marlenygutierrez@gmail.com |      | Celular  |            |

## DATOS FAMILIARES

|                         |                             |         |            |  |
|-------------------------|-----------------------------|---------|------------|--|
| Nombre del Padre        | Frank Johnny Ratino Dical   |         |            |  |
| Ocupación               |                             | Celular |            |  |
| Dirección de residencia | Extranjero                  |         |            |  |
| Nombre de la Madre      | Marleny Gutierrez Rodriguez |         |            |  |
| Ocupación               | Aux. Enfermera              | Celular | 3104089305 |  |
| Dirección de residencia | H2 38 Casa 3A S. Ande       |         |            |  |

## DATOS MÉDICOS

|                                                                                                                                                   |                                     |                                     |          |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|----------|------------|
| Nombre del Seguro Médico o EPS                                                                                                                    | NUEVO EPS                           |                                     |          |            |
| Suben                                                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | NO                                  | Puntaje  |            |
| Fracturas                                                                                                                                         | SI                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | Cuando   | Desde      |
| Problemas respiratorios                                                                                                                           | SI                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | Cuales   |            |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                 | SI                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | Cuales   |            |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                    | Marleny Gutierrez Rodriguez         |                                     | Teléfono | 3104089305 |
| A continuación como acudiente responsable del participante firma en consentimiento y me comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo |                                     |                                     |          |            |
| <br>Firma Y Celular Acudiente                                                                                                                     |                                     |                                     |          |            |

Página:

1 de 1

Alcaldía Municipal de Gramalote  
NIT: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



ALCALDIA DE  
GRAMALOTE  
NORTE DE SANTANDER



**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.**

**AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, Marlene Gutierrez Rodriguez mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 27 772 895 Expedida en Gramalote en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Ruben David Pardo Gutierrez participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024** realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, proyecto apoyado por el ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural, autorizo para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Marlene Gutierrez R.

Nombre y firma Acudiente

C.C. 27 772 895

Celular: 312 442 9305

Email: margutierrez86@gmail.com

Ruben David Pardo Gutierrez

Nombre y firma de Participante

C.C. 4305840149

Celular: 312 837 8707

Email: rubendavidpardo Gutierrez@gmail.com

**Alcaldía Municipal de Gramalote**

**Nit: 890.501.404-1**

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manana 8 - Nueva Gran Urbanización  
contratacion@gramalote.nortesantander.gov.co  
www.gramalote.nortesantander.gov.co



**ALCALDIA DE  
GRAMALOTE  
NORTE DE SANTANDER**



CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 19

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024",  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

|                         |               |      |                    |
|-------------------------|---------------|------|--------------------|
| DATOS PERSONALES        |               |      |                    |
| Primer Apellido         | Cabrera       |      |                    |
| Segundo Apellido        | Rios          |      |                    |
| Primer Nombre           | Marta         |      |                    |
| Segundo Nombre          | Fernanda      |      |                    |
| Doc. de Identidad       | 1.094.898.838 | Edad | 13                 |
| Dirección de residencia |               |      | Teléfono           |
| E-mail                  |               |      | Celular 3102192256 |

|                         |                            |         |            |
|-------------------------|----------------------------|---------|------------|
| DATOS FAMILIARES        |                            |         |            |
| Nombre del Padre        | Freddy Cabrera Rios        |         |            |
| Ocupación               | apicultor                  | Celular | 3126773700 |
| Dirección de residencia | Manza 30 Casa 12 Gramalote |         |            |
| Nombre de la Madre      | Alex Maria Rios Rosero     |         |            |
| Ocupación               | opio de casa               | Celular | 3102192256 |
| Dirección de residencia | H2 30 Casa 12 Gramalote    |         |            |

|                                                                                                                                        |                                        |                                        |          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------|
| DATOS MÉDICOS                                                                                                                          |                                        |                                        |          |
| Nombre del Seguro Médico o EPS                                                                                                         |                                        |                                        |          |
| Salud                                                                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO | Pastaje  |
| Fracturas                                                                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO | Cuando   |
| Problemas respiratorios                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO | Cuáles   |
| Toma Medicamentos                                                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO | Cuáles   |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                         | 3126773700                             |                                        | Teléfono |
| A continuación como responsable del participante, firmo en constatación y me comprometo a cumplir con las reglas del presente formato. |                                        |                                        |          |
|                                                                                                                                        |                                        | 82167.088                              |          |
| Firma Y Celular Acudiente                                                                                                              |                                        |                                        |          |

|        |        |
|--------|--------|
| Página | 1 de 1 |
|--------|--------|

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1



**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.**

**AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, Alex Maria Rivera mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía No. 60.334.385 Expedida en Medellin, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Valia Fernanda Cuevas Rivera participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024**-, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, proyecto apoyado por el **ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural**, autorizo para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente, Alex Rivera

Nombre y firma Acudiente Alex Rivera  
C.C.  
Celular: 3102291251  
Email:

Nombre y firma de Participante Valia  
C.C.  
Celular:  
Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

COPIA DEL AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO - Manzana II - Nuevo Centro Urbano  
contratación@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



**ALCALDIA DE  
GRAMALOTE**  
**NORTE DE SANTANDER**





# CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 20

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

| DATOS PERSONALES        |                           |          |            |
|-------------------------|---------------------------|----------|------------|
| Primer Apellido         | Castellano                |          |            |
| Segundo Apellido        | Domingo                   |          |            |
| Primer Nombre           | Marta                     |          |            |
| Segundo Nombre          | Guadalupe                 |          |            |
| Doc. de Identidad       | 1094 167641               | Edad     | 8          |
| Dirección de residencia | M2 B casa 78 <sup>A</sup> | Teléfono | 3125913963 |
| E-mail                  |                           | Celular  |            |

| DATOS FAMILIARES        |                                |         |            |
|-------------------------|--------------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Luis Juan Castellanos morrique |         |            |
| Ocupación               | maestro de educación           | Celular | 3218744002 |
| Dirección de residencia | M2 B casa 78 <sup>A</sup>      |         |            |
| Nombre de la Madre      | Marta Elena Domingo Soler      |         |            |
| Ocupación               | Am. de casa                    | Celular | 3125913963 |
| Dirección de residencia | M2 B casa 78 <sup>A</sup>      |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                         |    |    |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----------|
| Nombre del Seguro Médico o EPS                                                                                                        |    |    |          |
| Enfermedad                                                                                                                            | SI | NO | Parto    |
| Fracturas                                                                                                                             | SI | NO | Quemado  |
| Problemas respiratorios                                                                                                               | SI | NO | Cuales   |
| Toma Medicamentos                                                                                                                     | SI | NO | Cuales   |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                        |    |    | Teléfono |
| A continuación como responsable del participante firmo en conocimiento y me comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo |    |    |          |
| Marta Elena Domingo Soler                                                                                                             |    |    |          |
| Firma Y Celular Académico                                                                                                             |    |    |          |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

Alcaldía Municipal de Gramalote  
NIT: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
NORTE DE SANTANDER

## CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Maria Elena Domingo Soler mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 23937346 Expedida en Pere (Casanare) en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Maria Guadalupe Castellanos participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACIÓN ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024**", realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, proyecto apoyado por el **ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural**, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Vídeos ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Maria Elena Domingo  
Nombre y firma Acudiente  
C.C. 23937346  
Celular: 3125973963  
Email:

Maria Guadalupe Castellanos  
Nombre y firma de Participante  
C.C. 1094762647  
Celular: 3125973963  
Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana B - Nuevo Casco Urbano  
contactacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



**ALCALDIA DE**  
**GRAMALOTE**  
**NORTE DE SANTANDER**

**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE**
**FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 21**
**"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".**  
**Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"**

| DATOS PERSONALES        |                          |          |            |
|-------------------------|--------------------------|----------|------------|
| Primer Apellido         | Castellanos              |          |            |
| Segundo Apellido        | Domingo                  |          |            |
| Primer Nombre           | Ivana                    |          |            |
| Segundo Nombre          |                          |          |            |
| Doc. de identidad       | 1097363485               | Edad     | 13         |
| Dirección de residencia | M2 8 casa 18ª            | Teléfono | 3102544895 |
| E-mail                  | Castellano Domingo Ivana | Celular  | 3125173963 |

| DATOS FAMILIARES        |                                |         |            |
|-------------------------|--------------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Luis Juan Castellanos Manrique |         |            |
| Ocupación               | maestro de canto               | Celular | 3278744007 |
| Dirección de residencia | M2 8 casa 18ª                  |         |            |
| Nombre de la Madre      | Maria Elena Domingo Soler      |         |            |
| Ocupación               | Ama de casa                    | Celular | 3125473963 |
| Dirección de residencia | M2 8 casa 18ª                  |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                   |    |    |          |  |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----------|--|-------|
| Nombre del Seguro Médico o EPS                                                                                                                  |    |    |          |  |       |
| Sabes                                                                                                                                           | SI | NO | Puntaje  |  |       |
| Fracturas                                                                                                                                       | SI | NO | Cuándo   |  | Dónde |
| Problemas respiratorios                                                                                                                         | SI | NO | Cuándo   |  |       |
| Toma Medicamentos                                                                                                                               | SI | NO | Cuándo   |  |       |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                  |    |    | Teléfono |  |       |
| A continuación como accede responsable del participante firma su consentimiento y se compromete a cumplir con las reglas del proceso formativo. |    |    |          |  |       |
| <div style="text-align: center;"> <b>Maria Elena Domingo Soler</b><br/>           Firma Y Celular Acedente         </div>                       |    |    |          |  |       |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

 CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
[contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co](mailto:contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co)  
[www.gramalote-nortedesantander.gov.co](http://www.gramalote-nortedesantander.gov.co)



## CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, María Elena Dimingo Seyer mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 23937346 Expedida en Quebec en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Evana Castellanos Dimingo participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024** realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, proyecto apoyado por el **ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural**, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

María Elena Dimingo  
Nombre y firma Acudiente  
C.C. 23937346  
Celular: 312 597 3463  
Email:

Evana Castellanos Dimingo  
Nombre y firma de Participante  
C.C. 7097363485  
Celular: 310 2594843  
Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 9 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



**ALCALDIA DE  
GRAMALOTE**  
NORTE DE SANTANDER

## CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN, N° 22

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".  
 Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

| DATOS PERSONALES        |                                  |          |            |
|-------------------------|----------------------------------|----------|------------|
| Primer Apellido         | Cruz                             |          |            |
| Segundo Apellido        | Rodriguez                        |          |            |
| Primer Nombre           | Evelin                           |          |            |
| Segundo Nombre          | Yaretzi                          |          |            |
| Doc. de Identidad       | 1092953356                       | Edad     | 11         |
| Dirección de residencia | m2 14 Casa 3                     | Teléfono |            |
| E-mail                  | YRodriguez2-ligia.lisa@gmail.com | Celular  | 3134858958 |

| DATOS FAMILIARES        |                      |         |            |
|-------------------------|----------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Jose Rafael Cruz     |         |            |
| Ocupación               | Axilar de riego      | Celular | 3136660433 |
| Dirección de residencia | Qil 16 3-21 San Luis |         |            |
| Nombre de la Madre      | Ligia Rodriguez      |         |            |
| Ocupación               | comerciante          | Celular |            |
| Dirección de residencia | m2 4 casa 3          |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                    |                                        |                                        |          |            |              |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------|------------|--------------|--|--|
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                |                                        |                                        |          |            |              |  |  |
| Salud                                                                                                                                            | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/>            | Partaje  | AS         | Compañerante |  |  |
| Fracturas                                                                                                                                        | SI <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cubado   |            | Desde        |  |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                          | SI <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuáles   |            |              |  |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                | SI <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuáles   |            |              |  |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                   | 1610                                   | Rodriguez                              | Teléfono | 3134858958 |              |  |  |
| A continuación como académico responsable del participante firma al comprometerse y se comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo |                                        |                                        |          |            |              |  |  |
|                                                               |                                        |                                        |          | 1090323287 |              |  |  |
| Firma Y Celular Académico                                                                                                                        |                                        |                                        |          |            |              |  |  |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

Alcaldía Municipal de Gramalote  
 Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
 contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
 www.gramalote-nortedesantander.gov.co

## CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Lidia Rodríguez Samiento mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1090393287 Expedida en \_\_\_\_\_, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) \_\_\_\_\_ participe del PROYECTO denominado - ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024", realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, proyecto apoyado por el ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

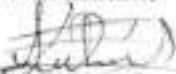
Autorizo irrevocablemente a la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, doy mi consentimiento y mi Hijo(a) da su asentimiento, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,



Nombre y firma Acudiente

C.C. 1090393287

Celular: 3134858958

Email: [rodriguez.lidia.17@gmail.com](mailto:rodriguez.lidia.17@gmail.com)



Nombre y firma de Participante

C.C.

Celular:

Email:

Alcaldía Municipal de Gramalote

Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 5 - Nueva Casa Urbana  
[contratacion@gramalote.nortedesantander.gov.co](mailto:contratacion@gramalote.nortedesantander.gov.co)  
[www.gramalote.nortedesantander.gov.co](http://www.gramalote.nortedesantander.gov.co)



ALCALDIA DE  
GRAMALOTE  
NORTE DE SANTANDER





# CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 23

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

| DATOS PERSONALES        |                                  |          |            |
|-------------------------|----------------------------------|----------|------------|
| Primer Apellido         | Torres                           |          |            |
| Segundo Apellido        | Soto                             |          |            |
| Primer Nombre           | Nuria                            |          |            |
| Segundo Nombre          | Jose                             |          |            |
| Doc. de Identidad       | 1092547768                       | Teléfono | 5          |
| Dirección de residencia | M2 21 casa 3 / Barrio los Santos |          |            |
| E-mail                  | LS178034@gmail.com               | Celular  | 3132009203 |

| DATOS FAMILIARES        |                                 |         |            |
|-------------------------|---------------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Alvaro Torres                   |         |            |
| Ocupación               | Concedero                       | Celular | 3132009203 |
| Dirección de residencia | M2 21 casa 3 Barrio los Santos  |         |            |
| Nombre de la Madre      | Luisa Fernanda Soto Gendreau    |         |            |
| Ocupación               | Ama de casa                     | Celular | 3229695254 |
| Dirección de residencia | M2 21 casa 3/ Barrio los Santos |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                  |                                     |                                     |               |          |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------|----------|------------|
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                              |                                     |                                     | Nuevo E.P.S   |          |            |
| Salud                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | NO                                  | Forma         | A3       |            |
| Fractura                                                                                                                                       | SI                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | Cuando        | Dónde    |            |
| Problemas respiratorios                                                                                                                        | SI                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | Cuáles        |          |            |
| Uso Medicamentos                                                                                                                               | SI                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | Cuáles        |          |            |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                 | Luisa Fernanda Soto                 |                                     |               | Teléfono | 3132009203 |
| A continuación como académico responsable del participante firma en compromiso y así comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo |                                     |                                     |               |          |            |
|                                                             |                                     |                                     | CC: 109256388 |          |            |
| Firma y Cédula Académica                                                                                                                       |                                     |                                     |               |          |            |

|        |        |
|--------|--------|
| Página | 1 de 1 |
|--------|--------|

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



## CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Ayda Fernanda Soto Sandoval mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 104256388 Expedida en Gramalote, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Nolito José Torres Soto participe del PROYECTO denominado - ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024", realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, proyecto apoyado por el ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

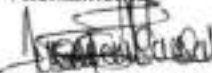
Autorizo irrevocablemente a la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ Creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, doy mi consentimiento y mi Hijo(a) da su asentimiento, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

  
Nombre y firma Acudiente

C.C. 104256388

Celular: 3132409203

Email: 15780340@gmail.com



Nombre y firma de Participante

C.C. 1042547768

Celular: 3132409203

Email:

Alcaldía Municipal de Gramalote

Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote.nortesantander.gov.co  
www.gramalote.nortesantander.gov.co

ALCALDIA DE  
GRAMALOTE  
NORTE DE SANTANDER



# CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 24

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

| DATOS PERSONALES        |                                  |          |            |
|-------------------------|----------------------------------|----------|------------|
| Primer Apellido         | torres                           |          |            |
| Segundo Apellido        | soto                             |          |            |
| Primer Nombre           | maria                            |          |            |
| Segundo Nombre          | fernanda                         |          |            |
| Doc. de Identidad       | 1092545333                       | Edad     | 7          |
| Dirección de residencia | Mz 21 casa 3 / barrio los Santos | Teléfono | 3132900203 |
| E-mail                  | 15178034@gmail.com               | Celular  | 3132900203 |

| DATOS FAMILIARES        |                                  |         |            |
|-------------------------|----------------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Alvaro Torres                    |         |            |
| Ocupación               | Conductor                        | Celular | 3229695254 |
| Dirección de residencia | Mz 21 casa 3 / barrio los Santos |         |            |
| Nombre de la Madre      | Luisa fernanda soto              |         |            |
| Ocupación               | Ama de casa                      | Celular | 3132900203 |
| Dirección de residencia | Mz 21 casa 3 / barrio los Santos |         |            |

| DATOS MEDICOS                                                                                                                                         |                                        |                                        |          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------|
| Nombre del Seguro Médico o EPS                                                                                                                        | NUEVO EPS                              |                                        |          |
| Salud                                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO            | Paciente |
| Fracturas                                                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO | Control  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> SI            | <input checked="" type="checkbox"/> NO | Cuáles   |
| Uso de Medicamentos                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> SI            | <input checked="" type="checkbox"/> NO | Cuáles   |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                        | Luisa fernanda soto                    |                                        | Teléfono |
| A certificar como accidente susceptible del participante. El/los no es/son responsable y no comprometo a ningún con las clases del proceso formativo. |                                        |                                        |          |
|  C.C. 1092545333<br>Firma y Cédula Académica                       |                                        |                                        |          |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co





**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.****AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, José Fernando Soto Sorribal mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1002.15368 Expedida en Gramalote, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Naila Fernando Torres Soto participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024** realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, proyecto apoyado por el ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural, autorizo para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

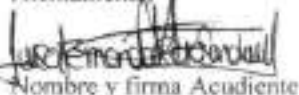
Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ **Imagen** ☒ **Frases** ☒ **Declaraciones** ☒ **Testimonios** ☒ **Retrato fotográfico** ☒ **Locaciones** ☒ **Pinturas** ☒ **creaciones** ☒ **Fotografías** ☒ **Videos** ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,



Nombre y firma Acudiente

C.C.

Celular: 3132009203

Email: LS78034@gmail.com

Nombre y firma de Participante

C.C. 1002545377

Celular: 3132009203

Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote****Nit: 890.501.404-1**

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co

**ALCALDIA DE  
GRAMALOTE**  
NORTE DE SANTANDER



# CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 25

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertas

| DATOS PERSONALES        |              |         |           |
|-------------------------|--------------|---------|-----------|
| Primer Apellido         | SANDOVAL     |         |           |
| Segundo Apellido        | CAMARCO      |         |           |
| Primer Nombre           | MARIA ANGEL  |         |           |
| Segundo Nombre          |              |         |           |
| Doc. de Identidad       | 1092156441   | Edad    | 8 AÑOS    |
| Dirección de residencia | PZ 18 CJA 79 |         | Teléfono  |
| E-mail                  |              | Celular | 310422670 |



| DATOS FAMILIARES        |                      |         |            |
|-------------------------|----------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | JEINNEE SANDOVAL     |         |            |
| Ocupación               | EMPLEADO PUBLICO     | Celular | 3104229068 |
| Dirección de residencia | K01 348 -9 LA LOTITA |         |            |
| Nombre de la Madre      | NEIDA CAMARCO        |         |            |
| Ocupación               | AMPA DE CASA         | Celular | 3102422670 |
| Dirección de residencia | K01 348 -9 LA LOTITA |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                       |                    |      |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------|----------|
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                   | SANTIDAD "POLICIA" |      |          |
| Subes                                                                                                                                               | SI                 | NO   | Puntaje  |
| Fracturas                                                                                                                                           | SI                 | NO X | Cuando   |
| Problemas respiratorios                                                                                                                             | SI                 | NO X | Cuales   |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                   | SI                 | NO X | Cuales   |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                      |                    |      | Teléfono |
| A continuación como académico responsable del participante firma su consentimiento y su compromiso a cumplir con las clases del programa formativo. |                    |      |          |
| NEIDA CAMARCO E. 1094344929                                                                                                                         |                    |      |          |
| Firma Y Celular Académico                                                                                                                           |                    |      |          |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

Alcaldía Municipal de Gramalote  
NIT: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



## CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, NEIDA CAMARGO E. mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1044344924 Expedida en ZANIBETANO, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) MARIANGEL SANDOVAL CAMARGO participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024**\*, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, proyecto apoyado por el **ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural**, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

NEIDA CAMARGO E.  
Nombre y firma Acudiente

C.C. 1044344924

Celular: 310 24 226 30

Email: neida.camargo@ucdemail.com

Mariangel Sandoval c.  
Nombre y firma de Participante

TI C.C. 1042156441

Celular: 310 2304 151

Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**

**Nit: 890.501.404-1**

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contactacion@gramalotenortesdesantander.gov.co  
www.gramalotenortesdesantander.gov.co



**ALCALDIA DE  
GRAMALOTE  
NORTE DE SANTANDER**





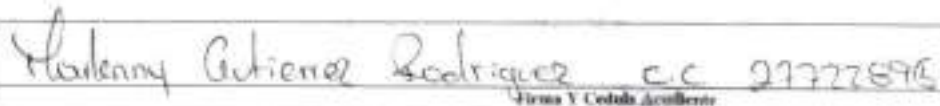
**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE**

**FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 26**

**"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".**  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural

|                         |               |          |            |
|-------------------------|---------------|----------|------------|
| <b>DATOS PERSONALES</b> |               |          |            |
| Primer Apellido         | PATIÑO        |          |            |
| Segundo Apellido        | GUTIERREZ     |          |            |
| Primer Nombre           | SARA          |          |            |
| Segundo Nombre          | MARILETH      |          |            |
| Doc. de Identidad       | 1070615541    | Edad     | 17         |
| Dirección de residencia | MZ 38 CASA 5A | Teléfono |            |
| Celular                 |               | Celular  | 3204029305 |

|                         |                             |         |            |
|-------------------------|-----------------------------|---------|------------|
| <b>DATOS FAMILIARES</b> |                             |         |            |
| Nombre del Padre        | FRANK THONNY PATIÑO DIAS    |         |            |
| Ocupación               | INDEPENDIENTE               | Celular |            |
| Dirección de residencia | EXTRANJERO                  |         |            |
| Nombre de la Madre      | MARLENY GUTIERREZ RODRIGUEZ |         |            |
| Ocupación               | SL AUXILIAR DE ENFERMERIA   | Celular | 3204029305 |
| Dirección de residencia | MZ 38 CASA 5A               |         |            |

|                                                                                                                                                                |                   |    |                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----|---------------------|
| <b>DATOS MEDICOS</b>                                                                                                                                           |                   |    |                     |
| Nombre del Seguro Médico o EPS                                                                                                                                 | NUEVA EPS         |    |                     |
| Salud                                                                                                                                                          | SI                | NO | Paciente            |
| Fracturas                                                                                                                                                      | SI                | NO | Causa               |
| Problemas respiratorios                                                                                                                                        | SI                | NO | Causa               |
| Uso de Medicamentos                                                                                                                                            | SI                | NO | Causa               |
| La caso de emergencia llamar a                                                                                                                                 | MARLENY GUTIERREZ |    | Teléfono 3204029305 |
| A continuación como acudiente responsable del participante firma en constatación y no comprometo a cumplir con las reglas del proceso formativo.               |                   |    |                     |
| <br>Marleny Gutierrez Rodriguez C.C. 27777896<br>Firma Y Celular Acudiente |                   |    |                     |

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
Nº. 690.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote.nortedesantander.gov.co  
www.gramalote.nortedesantander.gov.co



**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.****AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, MARLENY GUTIERREZ RODRIGUEZ, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 27723895 Expedida en Gramalote, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) SARA MARQUETH PATIÑO RODRIGUEZ participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024**\*, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, proyecto apoyado por el ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural, autorizo para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Marleny Gutierrez Rodriguez  
Nombre y firma Acudiente

C.C. 27723895

Celular: 32046029305

Email: marleny.gutierrez@gmail.com

Sara Marqueth Patiño Gutierrez  
Nombre y firma de Participante

C.C. 1070615541

Celular: 3204029305

Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 6 - Nuevo Casco Urbano  
concertacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



**ALCALDÍA DE**  
**GRAMALOTE**  
**NORTE DE SANTANDER**



CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 27

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

| DATOS PERSONALES                                                                                                                                |              |  |  |  |          |    |            |            |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--|--|--|----------|----|------------|------------|--|
| Primer Apellido                                                                                                                                 | Marquez      |  |  |  |          |    |            |            |  |
| Segundo Apellido                                                                                                                                | Escalante    |  |  |  |          |    |            |            |  |
| Primer Nombre                                                                                                                                   | Paula        |  |  |  |          |    |            |            |  |
| Segundo Nombre                                                                                                                                  | Sofia        |  |  |  |          |    |            |            |  |
| Doc. de Identidad                                                                                                                               | 1093304710   |  |  |  |          |    |            |            |  |
| Dirección de residencia                                                                                                                         | Mz 22 casa 1 |  |  |  |          |    |            |            |  |
| E-mail                                                                                                                                          |              |  |  |  |          |    |            |            |  |
|                                                                                                                                                 |              |  |  |  | Edad     | 12 |            | Fotografía |  |
|                                                                                                                                                 |              |  |  |  | Teléfono |    | 3124369990 |            |  |
| DATOS FAMILIARES                                                                                                                                |              |  |  |  |          |    |            |            |  |
| Nombre del Padre                                                                                                                                |              |  |  |  |          |    |            |            |  |
| Ocupación                                                                                                                                       |              |  |  |  |          |    |            |            |  |
| Dirección de residencia                                                                                                                         |              |  |  |  |          |    |            |            |  |
| Cédula                                                                                                                                          |              |  |  |  |          |    |            |            |  |
| Nombre de la Madre                                                                                                                              |              |  |  |  |          |    |            |            |  |
| Ocupación                                                                                                                                       |              |  |  |  |          |    |            |            |  |
| Dirección de residencia                                                                                                                         |              |  |  |  |          |    |            |            |  |
| Cédula                                                                                                                                          |              |  |  |  |          |    |            |            |  |
| 3124369990                                                                                                                                      |              |  |  |  |          |    |            |            |  |
| Mz 22 casa 1                                                                                                                                    |              |  |  |  |          |    |            |            |  |
| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                   |              |  |  |  |          |    |            |            |  |
| Nombre del Seguro Médico EPS                                                                                                                    |              |  |  |  |          |    |            |            |  |
| Compañía                                                                                                                                        |              |  |  |  |          |    |            |            |  |
| Salud                                                                                                                                           |              |  |  |  |          |    |            |            |  |
| SI NO                                                                                                                                           |              |  |  |  |          |    |            |            |  |
| Puntaje                                                                                                                                         |              |  |  |  |          |    |            |            |  |
| Fracturas                                                                                                                                       |              |  |  |  |          |    |            |            |  |
| SI NO                                                                                                                                           |              |  |  |  |          |    |            |            |  |
| Cédula                                                                                                                                          |              |  |  |  |          |    |            |            |  |
| Diente                                                                                                                                          |              |  |  |  |          |    |            |            |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                         |              |  |  |  |          |    |            |            |  |
| SI NO                                                                                                                                           |              |  |  |  |          |    |            |            |  |
| Cédula                                                                                                                                          |              |  |  |  |          |    |            |            |  |
| Causa                                                                                                                                           |              |  |  |  |          |    |            |            |  |
| alergias                                                                                                                                        |              |  |  |  |          |    |            |            |  |
| Causa                                                                                                                                           |              |  |  |  |          |    |            |            |  |
| Causa                                                                                                                                           |              |  |  |  |          |    |            |            |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                  |              |  |  |  |          |    |            |            |  |
| Teléfono                                                                                                                                        |              |  |  |  |          |    |            |            |  |
| 3124369990                                                                                                                                      |              |  |  |  |          |    |            |            |  |
| A continuación se declara responsable del participante, tanto su comportamiento y sus obligaciones a cumplir con la clase del proceso formativo |              |  |  |  |          |    |            |            |  |
| Judith Tatiana Marquez E                                                                                                                        |              |  |  |  |          |    |            |            |  |
| Firma y Cédula Acreditada                                                                                                                       |              |  |  |  |          |    |            |            |  |
| 1092155260                                                                                                                                      |              |  |  |  |          |    |            |            |  |
| Página: 1 de 1                                                                                                                                  |              |  |  |  |          |    |            |            |  |





CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

**AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, Judith Tatiana Manrique E mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1092155260 Expedida en Gramalote, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Paula Sofia Manrique E participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024** realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, proyecto apoyado por el **ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural**, autorizo para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Judith Tatiana Manrique  
Nombre y firma Acudiente  
C.C. 1092155260  
Celular: 3124369990  
Email:

Nombre y firma de Participante Paula Sofia Manrique  
C.C. 1093304210  
Celular: 3124369990  
Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contactacion@gramalote.nortedesantander.gov.co  
www.gramalote.nortedesantander.gov.co





# CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 28

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024",  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

| DATOS PERSONALES        |                                |      |            |
|-------------------------|--------------------------------|------|------------|
| Primer Apellido         | Gonzalez                       |      |            |
| Segundo Apellido        | Sarmiento                      |      |            |
| Primer Nombre           | Anabelly                       |      |            |
| Segundo Nombre          | Stefana                        |      |            |
| Doc. de Identidad       | 1092157041                     | Edad | 15         |
| Dirección de residencia | manzana 2 casa 11              |      | Teléfono   |
| E-mail                  | Stefana.Gonzalez2008@gmail.com |      | Celular    |
|                         |                                |      | 3104204779 |

| DATOS FAMILIARES        |                              |         |            |
|-------------------------|------------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Hermes Arenas Gonzalez Duque |         |            |
| Ocupación               | CHOF                         | Cédula  | 3118916762 |
| Dirección de residencia |                              |         |            |
| Nombre de la Madre      | Anabelly Sarmiento           |         |            |
| Ocupación               | Instructora de manualidades  | Celular | 3107666774 |
| Dirección de residencia | manzana 2 casa 11            |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                                       |                                        |                                        |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|------------|
| Nombre del Seguro Médico o EPS                                                                                                                                      | CONCRECIENTE                           |                                        |            |
| Salud                                                                                                                                                               | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/>            | Puntaje    |
| Fracturas                                                                                                                                                           | SI <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuando     |
| Problemas respiratorios                                                                                                                                             | SI <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuando     |
| Lesión Musculoesquelética                                                                                                                                           | SI <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuando     |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                                      | Anabelly Sarmiento                     |                                        | Teléfono   |
|                                                                                                                                                                     |                                        |                                        | 3107666774 |
| A continuación se consigna información importante del participante respecto al consentimiento y sus obligaciones al participar con los cursos del presente formato. |                                        |                                        |            |
| <p><u>Anabelly Sarmiento</u> 1092156987</p> <p>Firma Y Cédula Académica</p>                                                                                         |                                        |                                        |            |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

Alcaldía Municipal de Gramalote  
NIT: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.**

**AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, Anabelly Sarmiento mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1092158982 Expedida en Gramalote, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Anabelly Stefania González Sarmiento participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACIÓN ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024** realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, proyecto apoyado por el **ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural**, autorizo para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Anabelly Sarmiento  
Nombre y firma Acudiente

C.C. 1092158982

Celular: 322 7666774

Email: anabelly.sarmiento123@gmail.com

Stefania Gonzalez

Nombre y firma de Participante

C.C. 1092157041

Celular: 322 704714

Email: stefania.gonzalez2008@gmail.com

**Alcaldía Municipal de Gramalote**

**Nit: 890.501.404-1**

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote.nortesantander.gov.co  
www.gramalote.nortesantander.gov.co



**ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
NORTE DE SANTANDER**





# CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 29

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

| DATOS PERSONALES        |                      |          |            |
|-------------------------|----------------------|----------|------------|
| Primer Apellido         | Martínez             |          |            |
| Segundo Apellido        | Bolaños              |          |            |
| Primer Nombre           | Víctor               |          |            |
| Segundo Nombre          | Manuel               |          |            |
| Dirección de residencia | Vereda Valderrama    | Edad     | 14         |
| E-mail                  | ym21032009@gmail.com | Teléfono | 3132320122 |

| DATOS FAMILIARES        |                                  |        |            |
|-------------------------|----------------------------------|--------|------------|
| Nombre del Padre        | Víctor Alfonso Martínez Avendaño |        |            |
| Ocupación               | Vigilante de seguridad           | Cédula | 3177140591 |
| Dirección de residencia |                                  |        |            |
| Nombre de la Madre      | Judith Bolaños Corredor          |        |            |
| Ocupación               | ama de casa                      | Cédula | 3202175254 |
| Dirección de residencia | Vereda Valderrama "la estrella"  |        |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                            |                                        |                                        |                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------|
| Nombre del Seguro Médico o EPS                                                                                                           | comfamiliar                            |                                        |                                |
| Salud                                                                                                                                    | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/>            | Puntaje A1                     |
| Fracturas                                                                                                                                | SI <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuidado Desde                  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                  | SI <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuidado                        |
| Toma Medicamentos                                                                                                                        | SI <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuidado                        |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                           | mamá o papá                            |                                        | Teléfono 3202175254 3177140591 |
| A continuación como responsable del participante firmo en reconocimiento y me comprometo a cumplir con las normas del proceso formativo. |                                        |                                        |                                |
| Firma Y Cédula Asistente                                                                                                                 |                                        |                                        |                                |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Judith Bolaños corredor mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1090451514 Expedida en Cecota, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) victor manuel martinez Bolaños participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024**”, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, proyecto apoyado por el **ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural**, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ **Imagen** ☒ **Frases** ☒ **Declaraciones** ☒ **Testimonios** ☒ **Retrato fotográfico** ☒ **Locaciones** ☒ **Pinturas** ☒ **creaciones** ☒ **Fotografías** ☒ **Videos** ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Nombre y firma Acudiente

C.C.

Celular:

Email:

Nombre y firma de Participante

C.C.

Celular:

Email:

Alcaldía Municipal de Gramalote

Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote.nortedesantander.gov.co  
www.gramalote.nortedesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
NORTE DE SANTANDER



# CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 30

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II-VIGENCIA 2024".  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

## DATOS PERSONALES

|                         |               |          |            |  |
|-------------------------|---------------|----------|------------|--|
| Primer Apellido         | Osma          |          |            |  |
| Segundo Apellido        | Torres        |          |            |  |
| Primer Nombre           | Gizeti        |          |            |  |
| Segundo Nombre          | Natalia       |          |            |  |
| Doc. de Identidad       | 4.092.455.859 | Edad     | 12         |  |
| Dirección de residencia | m28 casa 7    |          |            |  |
| E-mail                  |               | Teléfono | 3232188407 |  |
|                         |               | Celular  |            |  |

## DATOS FAMILIARES

|                         |                              |         |            |
|-------------------------|------------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Luis Benito Osma Castellanos |         |            |
| Ocupación               | conductor                    | Celular | 3212027468 |
| Dirección de residencia | m28 casa 7 barrio Santa Rosa |         |            |
| Nombre de la Madre      | Alix Marina Torres Sandoval  |         |            |
| Ocupación               | ama de casa                  | Celular | 3223157432 |
| Dirección de residencia | m239 casa 43 B Santa Rita    |         |            |

## DATOS MÉDICOS

|                                                                                                                                              |                                        |                                        |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|--------------|
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                            | Comfamiliar                            |                                        |              |
| Saben                                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO            | Portaje      |
| Practica                                                                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO            | Cuando       |
| Problemas respiratorios                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> SI            | <input checked="" type="checkbox"/> NO | Cuáles       |
| Toma Medicamentos                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> SI            | <input checked="" type="checkbox"/> NO | Cuáles       |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                               | Doris Osma C.                          |                                        |              |
| A continuación, como académico responsable del curso, quedo en la obligación de comprometerme a cumplir con los fines del proceso formativo. |                                        |                                        | Teléfono     |
| Alix Marina Torres Sandoval                                                                                                                  |                                        |                                        | 3103008570   |
| Firma Y Celular Académico                                                                                                                    |                                        |                                        | cc. 24781148 |

Página:

1 de 1

Alcaldía Municipal de Gramalote

Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano

contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co

www.gramalote-nortedesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
NORTE DE SANTANDER



## CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Alix Marina Torres Sandoval mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 22721142 Expedida en Gramalote, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Gizeli Natalia Osma Torres participe del PROYECTO denominado - ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024", realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, proyecto apoyado por el ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, doy mi consentimiento y mi Hijo(a) da su asentimiento, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Alix Marina Torres S.

Nombre y firma Acudiente

C.C. 22721142

Celular: 3223157432

Email: alixmarina1479@gmail.com

Gizeli Natalia Osma T.

Nombre y firma de Participante

C.C.TI. 1092155859

Celular: 3232488407

Email:

Alcaldía Municipal de Gramalote

Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano

[contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co](mailto:contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co)

[www.gramalote-nortedesantander.gov.co](http://www.gramalote-nortedesantander.gov.co)



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
NORTE DE SANTANDER



CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 31

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

| DATOS PERSONALES        |              |          |            |
|-------------------------|--------------|----------|------------|
| Primer Apellido         | Gervasio     |          |            |
| Segundo Apellido        | Omar         |          |            |
| Primer Nombre           | Maria        |          |            |
| Segundo Nombre          | Isabella     |          |            |
| Doc. de Identidad       | 1093600325   | Edad     | 13         |
| Dirección de residencia | MZ 4 casa 2B | Teléfono |            |
| E-mail                  |              | Celular  | 3138136930 |

| DATOS FAMILIARES        |                      |         |            |
|-------------------------|----------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Felix Gervasio Lopez |         |            |
| Ocupación               | comerciante          | Celular | 3003345754 |
| Dirección de residencia |                      |         |            |
| Nombre de la Madre      | Ishana Gervasio Omar |         |            |
| Ocupación               | Ama de casa          | Celular | 3138136930 |
| Dirección de residencia | casa                 |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                       |                                        |                             |          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------|----------|
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                   |                                        |                             |          |
| Salud                                                                                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Pariente |
| Fracturas                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Causa    |
| Problemas respiratorios                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Causa    |
| Tratamiento                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Causa    |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                      |                                        |                             | Teléfono |
| A continuación el/los padres o responsable del participante firmará y comprometerá a cumplir con los datos del presente formulario. |                                        |                             |          |
| C.C: 37308610                                                                                                                       |                                        | Firma: Ishana Gervasio O.   |          |
| Firma y Cédula Asistente                                                                                                            |                                        |                             |          |

|        |        |
|--------|--------|
| Página | 1 de 1 |
|--------|--------|

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1



CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Johanna Guerrero O. mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 34398610 Expedida en Cúcuta en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Isabella Guerrero O. participe del PROYECTO denominado - ESCUELA DE FORMACIÓN ARTÍSTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024", realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, proyecto apoyado por el ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, doy mi consentimiento y mi Hijo(a) da su asentimiento, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Johanna Guerrero O.  
Nombre y firma Acudiente  
C.C. 34398610  
Celular: 3138136930  
Email:

Isabella Guerrero  
Nombre y firma de Participante  
C.C. 34398600325  
Celular: 3138136930  
Email:

Firma: Isabella G

Firma - Johanna Guerrero O.

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nº: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzanillo 0 - Nuevo Centro Urbano  
contratacion@gramalote.nortesantander.gov.co  
www.gramalote.nortesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
NORTE DE SANTANDER





# CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 32

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

| DATOS PERSONALES        |                           |      |            |
|-------------------------|---------------------------|------|------------|
| Primer Apellido         | Sandoval                  |      |            |
| Segundo Apellido        | Caceres                   |      |            |
| Primer Nombre           | Danna                     |      |            |
| Segundo Nombre          | Iviana                    |      |            |
| Dir. de Identidad       | 1092155389                | Edad | 15         |
| Dirección de residencia | No. 1 casa - 9 calle real |      | Teléfono   |
| E-mail                  | Dannacaceres245@gmail.com |      | Celular    |
|                         |                           |      | 3223165856 |

| DATOS FAMILIARES        |                                    |         |            |
|-------------------------|------------------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Manuel Emilio Sandoval Gutierrez   |         |            |
| Ocupación               | labro en el campo                  | Celular | 3124947380 |
| Dirección de residencia | vereda los rios Municipio Santiago |         |            |
| Nombre de la Madre      | Dga Beatriz Caceres Gonzalez       |         |            |
| Ocupación               | amo de casa                        | Celular | 3204270506 |
| Dirección de residencia | vereda los rios Municipio Santiago |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                     |                                     |                                     |         |                 |          |            |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------|-----------------|----------|------------|--|
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                 |                                     |                                     |         | Confa Oriente   |          |            |  |
| Salud                                                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Peso    | B3.             |          |            |  |
| Fracturas                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | Costado | Dónde           |          |            |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                           | SI                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | Costos  |                 |          |            |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                 | SI                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | Costos  |                 |          |            |  |
| En caso de emergencia llamar a:                                                                                                                   |                                     |                                     |         | Beatriz Caceres | Teléfono | 3204270506 |  |
| A continuación como acudiente responsable del participante firma de consentimiento y me comprometo a cumplir con las reglas del proceso formativo |                                     |                                     |         |                 |          |            |  |
| Dga B. Gonzalez Gutierrez                                                                                                                         |                                     |                                     |         |                 |          |            |  |
| Firma Y Celular Acudiente                                                                                                                         |                                     |                                     |         |                 |          |            |  |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 9 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



## CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Olga Cecilia González Guleres mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 27720006 Expedida en Gramalote, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Danna Sandoval Aceves participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024** realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, proyecto apoyado por el **ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural**, autorizo para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Olga C. González G.  
Nombre y firma Acudiente  
C.C. 27720006  
Celular: 3209631615  
Email:

Danna L Sandoval  
Nombre y firma de Participante  
C.C. 92159389  
Celular: 322365856  
Email: Dannacaces245@gmail.com

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 9 - Nuevo Casas Urbanas  
contratacion@gramalote.nortesantander.gov.co  
www.gramalote.nortesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
NORTE DE SANTANDER



# CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 33

“ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024”.  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación

| DATOS PERSONALES        |                   |         |              |
|-------------------------|-------------------|---------|--------------|
| Primer Apellido         | Becerra           |         |              |
| Segundo Apellido        | Ramirez           |         |              |
| Primer Nombre           | Sara              |         |              |
| Segundo Nombre          | Valentina         |         |              |
| Doc. de Identidad       | 4042-156402       | Edad    | 9            |
| Dirección de residencia | Vereda Valderrama |         | Teléfono     |
| E-mail                  |                   | Celular | 310 651 9047 |



| DATOS FAMILIARES        |                                |         |  |
|-------------------------|--------------------------------|---------|--|
| Nombre del Padre        | German Eduardo Becerra Ordóñez |         |  |
| Ocupación               | Administrador                  | Celular |  |
| Dirección de residencia | Vereda Valderrama              |         |  |
| Nombre de la Madre      | Lisset Yolima Ramirez Ramirez  |         |  |
| Ocupación               | Ama de casa                    | Celular |  |
| Dirección de residencia | Vereda Valderrama              |         |  |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                     |                                       |                                        |        |               |        |                         |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|--------|---------------|--------|-------------------------|--|
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                 |                                       |                                        |        | Medinas       |        |                         |  |
| Sexo                                                                                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> F             | Paraje |               |        |                         |  |
| Fracturas                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> SI           | <input checked="" type="checkbox"/> NO | Cuando |               | Estado |                         |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> SI           | <input checked="" type="checkbox"/> NO | Cuales |               |        |                         |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> SI           | <input checked="" type="checkbox"/> NO | Cuales |               |        |                         |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                    |                                       |                                        |        | Padre o madre |        | Teléfono                |  |
|                                                                                                                                                   |                                       |                                        |        |               |        | 310 651 9047-3206755734 |  |
| A continuación como acudiente responsable del participante firmo en consentimiento y me comprometo a cumplir con las reglas del proceso formativo |                                       |                                        |        |               |        |                         |  |
| German Eduardo Becerra Ordóñez                                                                                                                    |                                       |                                        |        | 88168856      |        |                         |  |
| Firma y Celular Acudiente                                                                                                                         |                                       |                                        |        |               |        |                         |  |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co





## CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, German Eduardo Becerra Ordóñez mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 88468856 Expedida en Gramalote, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Sara Valentina Becerra Ramirez participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024**", realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, proyecto apoyado por el **ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural**, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

German Eduardo Becerra O.

Nombre y firma Acudiente

C.C. 88468856

Celular: 310 654 9097

Email:

Nombre y firma de Participante

C.C. 1.092.156.402

Celular: 310 651 9097

Email:

Alcaldía Municipal de Gramalote

Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano

contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co

www.gramalote-nortedesantander.gov.co

**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE**
**FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N°** 34
**"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".**  
 Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural

| DATOS PERSONALES        |             |         |            |
|-------------------------|-------------|---------|------------|
| Primer Apellido         | Celia       |         |            |
| Segundo Apellido        | Gutierrez   |         |            |
| Primer Nombre           | Karen       |         |            |
| Segundo Nombre          | Veraza      |         |            |
| Doc. de Identidad       |             | Edad    | 13         |
| Dirección de residencia | M2 26 CS 3B |         | Teléfono   |
| E-mail                  |             | Celular | 3215599411 |

| DATOS FAMILIARES        |                                |         |            |
|-------------------------|--------------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Carlos Gilberto Celia 10491    |         |            |
| Ocupación               |                                | Celular | 3219833012 |
| Dirección de residencia | M2 26 casa 3B                  |         |            |
| Nombre de la Madre      | Sindy Johana Gutierrez Alvarez |         |            |
| Ocupación               |                                | Celular | 3215599411 |
| Dirección de residencia | M2 26 casa 3B                  |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |                                        |                                        |            |    |          |            |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|------------|----|----------|------------|--|
| Nombre del Seguro Médico a E.P.S.                                                                                                                  |                                        |                                        |            |    |          |            |  |
| Sexo                                                                                                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO            | Partida    | C1 |          |            |  |
| Fracturas                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> SI            | <input checked="" type="checkbox"/> NO | Estado     |    |          |            |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> SI            | <input checked="" type="checkbox"/> NO | Cuales     |    |          |            |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> SI            | <input checked="" type="checkbox"/> NO | Cuales     |    |          |            |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     | 3215599411                             |                                        | 3219833012 |    | Teléfono |            |  |
| A continuación como académico responsable del participante firma mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo. |                                        |                                        |            |    |          |            |  |
| Sindy Johana Gutierrez                                                                                                                             |                                        |                                        |            |    |          | 1092154854 |  |
|                                                                                                                                                    |                                        |                                        |            |    |          | 1092154854 |  |
| Firma Y Celular Académico                                                                                                                          |                                        |                                        |            |    |          |            |  |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
 N°: 890.501.404-1

 CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casas Urbanas  
 contratacion@gramalote.nortesantander.gov.co  
 www.gramalote.nortesantander.gov.co


CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Sindy Johana Gutierrez mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1092154834 Expedida en Gramalote, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Karen Verónica Celis Gutierrez participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024** realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, proyecto apoyado por el **ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural**, autorizo para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Sindy Johana Gutierrez

Nombre y firma Acudiente

C.C. 1092154834

Celular: 3215592411

Email: ecoflogutierrezgarcia@gmail.com

Nombre y firma de Participante

C.C.

Celular:

Email:

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
NORTE DE SANTANDER





# CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN, N° 35

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II-VIGENCIA 2024".  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

| DATOS PERSONALES        |                         |      |                       |
|-------------------------|-------------------------|------|-----------------------|
| Primer Apellido         | Niño                    |      |                       |
| Segundo Apellido        | Quintero                |      |                       |
| Primer Nombre           | Tatiana                 |      |                       |
| Segundo Nombre          | Milena                  |      |                       |
| Doc. de Identidad       | 1092 154 982            | Edad | 16                    |
| Dirección de residencia | Gramalote H235 casa 2   |      | Teléfono 314 343 0034 |
| E-mail                  | Ninotatiana18@gmail.com |      | Celular               |

| DATOS FAMILIARES        |                                    |
|-------------------------|------------------------------------|
| Nombre del Padre        | Edgar Augusto Niño Ayala           |
| Ocupación               | Trabaja independiente              |
| Dirección de residencia | Gramalote H235 casa 2              |
| Nombre de la Madre      | Enrique Patricia Quintero Quintero |
| Ocupación               | Bibliotecaria del Municipio        |
| Dirección de residencia | Gramalote H235 Casa 2              |

| DATOS MEDICOS                                                                                                                                  |                                        |                                        |              |       |          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|--------------|-------|----------|
| Nombre del Seguro Médico o EPS                                                                                                                 |                                        |                                        |              |       |          |
| Salida                                                                                                                                         | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO                                     | Compañía ARS |       |          |
| Fracturas                                                                                                                                      | SI                                     | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuando       | Dónde |          |
| Problemas respiratorios                                                                                                                        | SI                                     | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuando       | Dónde |          |
| Toma Medicamentos                                                                                                                              | SI                                     | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuando       | Dónde |          |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                 | 311 2295 626                           |                                        | PAPA         |       | Teléfono |
| A continuación debe asumir responsable del participante desde su consentimiento y el compromiso a cumplir con las clases del proceso formativo |                                        |                                        |              |       |          |
| Enrique Patricia Quintero G                                                                                                                    |                                        |                                        |              |       |          |
| 311 2295 626                                                                                                                                   |                                        |                                        |              |       |          |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 6 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co



CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Enke Patricia Quintero G. mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 27722842 Expedida en Gramalote en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Tatiana Milena Nino G. participe del PROYECTO denominado - ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024", realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, proyecto apoyado por el ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural, autorizo para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Vídeos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, doy mi consentimiento y mi Hijo(a) da su asentimiento, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Enke Patricia Quintero G.  
Nombre y firma Acudiente

C.C. 27722842

Celular: 322 60 72 432

Email: QuinteroGuevara28@gmail.com

Tatiana Milena Nino Quintero  
Nombre y firma de Participante

C.C. 1092154982

Celular: 314 34 300 34

Email: NinoTatiana18@gmail.com

Alcaldía Municipal de Gramalote

Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 2 - Nueva Casa Urbana  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



ALCALDIA DE  
GRAMALOTE  
NORTE DE SANTANDER

**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE**
**FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N°** 36
**"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".**  
 Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural

| DATOS PERSONALES        |                   |         |          |
|-------------------------|-------------------|---------|----------|
| Primer Apellido         | Sandoval          |         |          |
| Segundo Apellido        | Escalante         |         |          |
| Primer Nombre           | Danna             |         |          |
| Segundo Nombre          | Valentina         |         |          |
| Doc. de Identidad       | 7092.756.213      | Edad    | 70 años  |
| Dirección de residencia | Vereda Valderrama |         | Teléfono |
| E-mail                  |                   | Celular |          |

| DATOS FAMILIARES        |                                     |         |            |
|-------------------------|-------------------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Robinson Damián Sandoval Arevalo    |         |            |
| Ocupación               | Empleado de la UPS                  | Celular | 3232086332 |
| Dirección de residencia | Vereda Valderrama sector San Rafael |         |            |
| Nombre de la Madre      | Blanca Dilmay Escalante Torres      |         |            |
| Ocupación               | Ama de casa                         | Celular | 3214295077 |
| Dirección de residencia | Vereda Valderrama sector San Rafael |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                     |                                        |                                        |           |  |       |          |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|-----------|--|-------|----------|--|
| Nombre del Seguro Médico - EPS                                                                                                                    |                                        |                                        |           |  |       |          |  |
| Salud                                                                                                                                             | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO                                     | Partaje   |  |       |          |  |
| Fracturas                                                                                                                                         | SI                                     | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Consulto  |  | Desde |          |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                           | SI                                     | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cualquier |  |       |          |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                 | SI                                     | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cualquier |  |       |          |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                    |                                        |                                        |           |  |       | Teléfono |  |
| A continuación como acudante responsable del participante firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo. |                                        |                                        |           |  |       |          |  |
| Firma Y Cédula Acudiente                                                                                                                          |                                        |                                        |           |  |       |          |  |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
 Nit: 890.501.404-1

 CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
[contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co](mailto:contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co)  
[www.gramalote-nortedesantander.gov.co](http://www.gramalote-nortedesantander.gov.co)
  
**ALCALDÍA DE**  
**GRAMALOTE**  
 NORTE DE SANTANDER



CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Blanca Dilmas Escalante T mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 27 721 175 Expedida en Gramalote en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Danna Valentina Sandoval participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024** realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, proyecto apoyado por el ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Blanca Dilmas  
Nombre y firma Acudiente  
CC 27 721 175  
Celular: 321-429 5077  
Email:

Danna Valentina  
Nombre y firma de Participante  
C.C. 7092 756 213  
Celular:  
Email:

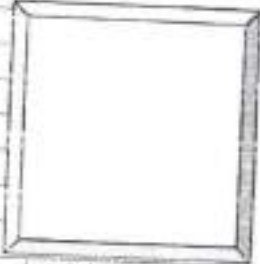
Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Centro Urbano  
contratacion@gramalote.nortesantander.gov.co  
www.gramalote.nortesantander.gov.co



**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE**
**FORMATO DE INSCRIPCIÓN, N°** 37
**"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II-VIGENCIA 2024".**  
 Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural

**DATOS PERSONALES**

|                         |                |         |    |                                                                                     |
|-------------------------|----------------|---------|----|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Primer Apellido         | Rodriguez      |         |    |  |
| Segundo Apellido        | torres         |         |    |                                                                                     |
| Primer Nombre           | Saray          |         |    |                                                                                     |
| Segundo Nombre          | DANIEL         |         |    |                                                                                     |
| Doc. de Identidad       | 1092. 155. 109 |         |    |                                                                                     |
| Dirección de residencia | MZ 39 CS 14 B  | Edad    | 12 |                                                                                     |
| T. móvil                |                | Celular |    | 3212315164                                                                          |

**DATOS FAMILIARES**

|                         |                                |         |  |
|-------------------------|--------------------------------|---------|--|
| Parentesco con Padre    | Jose alexander rodriguez ortiz |         |  |
| Ocupación               | Conductor                      | Celular |  |
| Dirección de residencia | MZ 39 CS 14 B                  |         |  |
| Nombre de la Madre      | Nubia Estrella torres Sandoval |         |  |
| Ocupación               | C. Ma. de Casa                 | Celular |  |
| Dirección de residencia | MZ 39 CS 14 B                  |         |  |

**DATOS MÉDICOS**

|                                                                                                                                                 |          |                                     |          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|
| Nombre del Seguro: MAPA o EPS                                                                                                                   |          |                                     |          |
| Salud                                                                                                                                           | SI       | <input checked="" type="checkbox"/> | Paciente |
| Fracturas                                                                                                                                       | SI       | <input checked="" type="checkbox"/> | Control  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                         | SI       | <input checked="" type="checkbox"/> | Control  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                               | SI       | <input checked="" type="checkbox"/> | Control  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                  | Teléfono |                                     |          |
| A continuación como acudante responsable del participante firmo en constatación y me comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo. |          |                                     |          |
| <b>Nubia Torres</b><br>Firma Y Cédula Académica                                                                                                 |          |                                     |          |

Página:

1 de 1

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
 Nit: 890.501.404-1

 CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
[contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co](mailto:contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co)  
[www.gramalote-nortedesantander.gov.co](http://www.gramalote-nortedesantander.gov.co)

**ALCALDÍA DE**  
**GRAMALOTE**  
 NORTE DE SANTANDER

## CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Nubia Torres mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 97791050 Expedida en Gramalote en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Saray Daniela Rodríguez Torres participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACIÓN ARTÍSTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE - FASE II - VIGENCIA 2024** realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, proyecto apoyado por el ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural, autorizo para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Vídeos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Nubia Torres

Nombre y firma Acudiente

C.C. 27721050

Celular: 321 2315164

Email:

Nombre y firma de Participante

C.C. 1092155769

Celular:

Email: Saray Torres

Alcaldía Municipal de Gramalote

Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana G - Nuevo Casco Urbano

concertacion@gramalote.nortedesantander.gov.co

www.gramalote.nortedesantander.gov.co





# CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN, N° 38

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

| DATOS PERSONALES        |                           |      |            |
|-------------------------|---------------------------|------|------------|
| Primer Apellido         | Correio                   |      |            |
| Segundo Apellido        | Correa                    |      |            |
| Primer Nombre           | Jineth                    |      |            |
| Segundo Nombre          | Marcela                   |      |            |
| Doc. de Identidad       | 1090923742                | Edad | 15         |
| Dirección de residencia | M2 92 CS 3B Santa nita    |      | Teléfono   |
| E-mail                  | coreamarcela215@gmail.com |      | Celular    |
|                         |                           |      | 3209279985 |
|                         |                           |      | 3209279985 |

| DATOS FAMILIARES        |                            |         |            |
|-------------------------|----------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        |                            |         |            |
| Ocupación               |                            | Celular |            |
| Dirección de residencia |                            |         |            |
| Nombre de la Madre      | Albertina Correa Rodriguez |         |            |
| Ocupación               |                            | Celular | 3208829657 |
| Dirección de residencia | M2 92 CS 3B Santa nita     |         |            |

| DATOS MEDICOS                                                                                                                                             |                  |    |         |          |            |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----|---------|----------|------------|--|--|
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                         |                  |    |         |          |            |  |  |
| Inden.                                                                                                                                                    | SI               | NO | Puntaje | sanitas  |            |  |  |
| Cobertura                                                                                                                                                 | SI               | NO | Cuando  | Donde    |            |  |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                                   | SI               | NO | Y       | Cuando   |            |  |  |
| Uso Medicamentos                                                                                                                                          | SI               | NO | X       | Cuando   |            |  |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                            | Albertina Correa |    |         | Teléfono | 3208829657 |  |  |
| A continuación se debe acatar responsabilidad del participante frente al comportamiento y no comparecer a cualquier clase de evento del proceso formativo |                  |    |         |          |            |  |  |
| 27.748.667                                                                                                                                                |                  |    |         |          |            |  |  |
| Albertina Correa Rodriguez                                                                                                                                |                  |    |         |          |            |  |  |
| Firma Y Cédula Académica                                                                                                                                  |                  |    |         |          |            |  |  |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contrataria@gramalote-nortedesantander.gov.co



CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Albertino Correa Rodríguez mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 21.798.667 Expedida en La Verde, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Orineith Marcela Corveo Corveo participe del PROYECTO denominado - ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024", realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, proyecto apoyado por el ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos. Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, doy mi consentimiento y mi Hijo(a) da su asentimiento, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Albertino Correa

Nombre y firma Acudiente

C.C. 21798667

Celular: 3208924657

Email: albertinocorrea404@gmail.com

Nombre y firma de Participante

C.C. 1090923742

Celular: 3209279485

Email: corveamarcela25@gmail.com

Alcaldía Municipal de Gramalote

Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manana 0 - Nuevo Casco Urbano

contratacion@gramalote-norteandeanotander.gov.co  
www.gramalote-norteandeanotander.gov.co



ALCALDIA DE  
GRAMALOTE  
UNITE Y CUMPLE



Cultura

# CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

## FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 39

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024",  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

| DATOS PERSONALES        |               |          |            |
|-------------------------|---------------|----------|------------|
| Primer Apellido         | Rolon         |          |            |
| Segundo Apellido        | Bolívar       |          |            |
| Primer Nombre           | Emily         |          |            |
| Segundo Nombre          |               |          |            |
| Doc. de Identidad       |               |          |            |
| Dirección de residencia | M7 25 Casa 3B | Edad     | 7 Años     |
| E-mail                  |               | Teléfono |            |
|                         |               | Celular  | 3024034497 |



| DATOS FAMILIARES        |                             |         |            |
|-------------------------|-----------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Cristian Eduardo Rolón Luna |         |            |
| Ocupación               | Independiente               | Celular | 3024034497 |
| Dirección de residencia |                             |         |            |
| Nombre de la Madre      | Daniela Bolívar Gonzales    |         |            |
| Ocupación               | Ama de casa                 | Celular | 3013509890 |
| Dirección de residencia |                             |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                  |    |    |          |            |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----------|------------|--|--|--|
| Nombre del Seguro Médico o EPS                                                                                                                 |    |    |          |            |  |  |  |
| Salud                                                                                                                                          | SI | NO | Pareja   |            |  |  |  |
| Fracturas                                                                                                                                      | SI | NO | Cuando   | Dónde      |  |  |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                        | SI | NO | Cuando   |            |  |  |  |
| Uso de Medicamentos                                                                                                                            | SI | NO | Cuando   |            |  |  |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                 |    |    | Teléfono |            |  |  |  |
| A continuación como representante legal del participante, firmo de consentimiento y me comprometo a cumplir con las clases del presente curso. |    |    |          |            |  |  |  |
| Cristian Eduardo Rolón                                                                                                                         |    |    |          | 1092156063 |  |  |  |
| Firma y Celular Académico                                                                                                                      |    |    |          |            |  |  |  |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co





## CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Cristian Eduardo Rolon mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1092156053 Expedida en Gramalote, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Emily Rolon Bolivar participe del PROYECTO denominado - ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024", realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, proyecto apoyado por el ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, doy mi consentimiento y mi Hijo(a) da su asentimiento, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Cristian Eduardo Rolon

Nombre y firma Acudiente

C.C. 1092156053

Celular: 3024034447

Email: cristianrolon@gmail.com

Nombre y firma de Participante

C.C.

Celular:

Email:

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co





# CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

## FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 40

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

### DATOS PERSONALES

|                         |                             |          |            |
|-------------------------|-----------------------------|----------|------------|
| Primer Apellido         | Veloz                       |          |            |
| Segundo Apellido        | Rivera                      |          |            |
| Primer Nombre           | Dalia                       |          |            |
| Segundo Nombre          | Joliet                      |          |            |
| Doc. de Identidad       | 1092.159.708                |          |            |
| Dirección de residencia | Mz 42 Cs 4A Barrio S. Anita | Edad     | 13         |
| E-mail                  |                             | Teléfono | 3134370555 |
|                         |                             | Celular  | 3134370555 |

### DATOS FAMILIARES

|                         |                                |
|-------------------------|--------------------------------|
| Nombre del Padre        |                                |
| Ocupación               |                                |
| Dirección de residencia | Celular                        |
| Nombre de la Madre      |                                |
| Ocupación               |                                |
| Dirección de residencia | Celular                        |
|                         | 3134370555                     |
|                         | Mz 42 Cs 4A Barrio Santa Anita |

### DATOS MÉDICOS

|                                                                                                                                               |                                        |                                        |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------|
| Nombre del Seguro Médico o EPS                                                                                                                | sanitas                                |                                        |          |
| Sabes                                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO            | Puntaje  |
| Fracturas                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> SI            | <input type="checkbox"/> NO            | Cuando   |
| Problemas respiratorios                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> SI            | <input checked="" type="checkbox"/> NO | Cuando   |
| Toma Medicamentos                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> SI            | <input checked="" type="checkbox"/> NO | Cuando   |
| En caso de emergencia llame a                                                                                                                 | la madre                               |                                        | Teléfono |
| A continuación como responsable del participante firma su consentimiento y se compromete a cumplir con los lineamientos del proceso formativo |                                        |                                        |          |
| Ana Dalia Veloz R. 1092.432.737                                                                                                               |                                        |                                        |          |
| Firma y Celular Acudiente                                                                                                                     |                                        |                                        |          |

Página:

1 de 1

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, ANA ELISA VELOZA RIVERA mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.090.432.727 Expedida en COCOTA, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Dalia Julieth Veloz Rivera participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACIÓN ARTÍSTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE - FASE II - VIGENCIA 2024**, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, proyecto apoyado por el **ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural**, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Para que usen mi o su Nombre ☒ **Imagen** ☒ **Frases** ☒ **Declaraciones** ☒ **Testimonios** ☒ **Retrato fotográfico** ☒ **Locaciones** ☒ **Pinturas** ☒ **Creaciones** ☒ **Fotografías** ☒ **Videos** ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe, así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porque de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Nombre y firma Acudiente ANA ELISA VELOZA  
C.C. 1.090.432.727  
Celular: 3134370555  
Email:

Nombre y firma de Participante Dalia Veloz Rivera  
C.C. 1.092.155.708  
Celular: 3134370555  
Email:

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana B - Nueva Casa Veloz  
contrataciones@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



ALCALDIA DE  
GRAMALOTE  
NORTE DE SANTANDER





CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN, N° 41

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

| DATOS PERSONALES        |                               |      |            |
|-------------------------|-------------------------------|------|------------|
| Primer Apellido         | Julio                         |      |            |
| Segundo Apellido        | Palencia                      |      |            |
| Primer Nombre           | Cristian                      |      |            |
| Segundo Nombre          | Eduardo                       |      |            |
| Doc. de Identidad       | 1092154385                    | Edad | 18 años    |
| Dirección de residencia | 11. C. 19A Santa Rosa         |      | Teléfono   |
| E-mail                  | cristianpalencia786@gmail.com |      | Celular    |
|                         |                               |      | 3204232629 |
|                         |                               |      | 3204232629 |

| DATOS FAMILIARES        |                        |         |            |
|-------------------------|------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Hernando Julio Prado   |         |            |
| Ocupación               | Oficial construcción   | Celular | 3138122697 |
| Dirección de residencia | 11. C. 19A Santa Rosa  |         |            |
| Nombre de la Madre      | Leticia Palencia Muñoz |         |            |
| Ocupación               | Ama casa               | Celular | 3204232629 |
| Dirección de residencia | 11. C. 19A Santa Rosa  |         |            |

| DATOS MEDICOS                                                                                                                                     |                                        |                                        |                  |  |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|------------------|--|----------|
| Nombre del Seguro Médico o EPS                                                                                                                    |                                        |                                        |                  |  |          |
| Salud                                                                                                                                             | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO                                     | Puntaje          |  |          |
| Fracturas                                                                                                                                         | SI                                     | NO                                     | Cuándo           |  |          |
| Problemas respiratorios                                                                                                                           | SI                                     | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuales           |  |          |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                 | SI                                     | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuales           |  |          |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                    | 3204232629                             |                                        | Leticia Palencia |  | Teléfono |
| A continuación como acudante responsable del participante firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las reglas del proceso formativo. |                                        |                                        |                  |  |          |
| Leticia Palencia Muñoz                                                                                                                            |                                        |                                        |                  |  |          |
| Firma Y Cédula Acudiente                                                                                                                          |                                        |                                        |                  |  |          |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

Alcaldía Municipal de Gramalote  
NIT: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana D - Nuevo Casas Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
contratacion@nortedesantander.gov.co



**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.****AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, Cielo Palencia Múndez mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 27721451 Expedida en Gramalote, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Cristian Edward de la Palencia participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024** realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, proyecto apoyado por el **ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural**, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ **Imagen** ☒ **Frases** ☒ **Declaraciones** ☒ **Testimonios** ☒ **Retrato fotográfico** ☒ **Locaciones** ☒ **Pinturas** ☒ **creaciones** ☒ **Fotografías** ☒ **Videos** ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Cielo Palencia Múndez

Nombre y firma Acudiente

C.C. 27721451

Celular: 3204232629

Email: Cielopalencia766@gmail.com

Nombre y firma de Participante

C.C. 1092154385

Celular: 3125069084

Email: Cielopalencia766@gmail.com

**Alcaldía Municipal de Gramalote**

**Nit: 890.501.404-1**

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casas Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



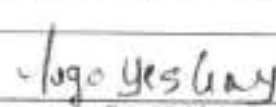
**ALCALDIA DE  
GRAMALOTE  
NORTE DE SANTANDER**

**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE****FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 42.**

**"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".**  
**Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"**

| DATOS PERSONALES        |                         |      |              |
|-------------------------|-------------------------|------|--------------|
| Primer Apellido         | Graterol                |      |              |
| Segundo Apellido        | Lugo                    |      |              |
| Primer Nombre           | Gianfranco              |      |              |
| Segundo Nombre          | Sofia                   |      |              |
| Doc. de Identidad       |                         | Edad | 12           |
| Dirección de residencia | Finca Agratamira Lote 5 |      | Teléfono     |
| E-mail                  | lugo.vesleny@gmail.com  |      | Celular      |
|                         |                         |      | 312 240 7992 |
|                         |                         |      | 312 240 7992 |

| DATOS FAMILIARES        |                                 |         |              |
|-------------------------|---------------------------------|---------|--------------|
| Nombre del Padre        | Jose Francisco Graterol Santana |         |              |
| Ocupación               | Obrero                          | Celular | 316 7748504  |
| Dirección de residencia | Finca Agratamira Lote 5         |         |              |
| Nombre de la Madre      | Yesleny Lugo                    |         |              |
| Ocupación               | Ama de casa                     | Celular | 312 240 7992 |
| Dirección de residencia | Finca Agratamira Lote 5         |         |              |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |              |                                        |          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------|----------|
| Nombre del Seguro Médico o I.P.S.                                                                                                                  |              |                                        |          |
| Saben                                                                                                                                              | SI           | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Puntaje  |
| Fracturas                                                                                                                                          | SI           | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuando   |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            | SI           | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuáles   |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  | SI           | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuáles   |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     | Yesleny Lugo |                                        | Teléfono |
| 312 240 7992                                                                                                                                       |              |                                        |          |
| A continuación como estudiante responsable del participante firma su consentimiento y me comprometo a cumplir con los datos del proceso formativo. |              |                                        |          |
|                                                                 |              |                                        |          |
| Firma Y Cédula Estudiante                                                                                                                          |              |                                        |          |
| C.C. 463 5198                                                                                                                                      |              |                                        |          |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

**CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano**  
 contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
 www.gramalote-nortedesantander.gov.co



**ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE**  
**2024-2027**



**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.****AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, \_\_\_\_\_ mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ Expedida en \_\_\_\_\_, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) \_\_\_\_\_ participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024**-, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, proyecto apoyado por el ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, doy mi consentimiento y mi Hijo(a) da su asentimiento, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

*Lugo yesleny*

Nombre y firma Acudiente

C.C. 463 6198

Celular: 312 240 7992

Email: *lugoysleny@gmail.com*

*Sofia Graterol*

Nombre y firma de Participante

C.C.

Celular: 312 240 7992

Email: *lugoysleny@gmail.com*

**Alcaldía Municipal de Gramalote**

**Nit: 890.501.404-1**

**CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 8 - Nuevo Casco Urbano**  
contratacion@gramalote-nariño.municipal.gov.co  
www.gramalotenariño.municipal.gov.co



**ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE**  
**2024-2027**

**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE**
**FORMATO DE INSCRIPCIÓN. Nº 43**
**"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".**  
**Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"**

| DATOS PERSONALES        |                         |  |  |
|-------------------------|-------------------------|--|--|
| Primer Apellido         | Florez                  |  |  |
| Segundo Apellido        | Martínez                |  |  |
| Primer Nombre           | Angie                   |  |  |
| Segundo Nombre          | Mariangel               |  |  |
| Doc. de identidad       | 7092952613              |  |  |
| Dirección de residencia | Vereda Mongui           |  |  |
| E-mail                  | VenciFlorez75@gmail.com |  |  |
| Edad                    | 17 años                 |  |  |
| Teléfono                | 3804633199              |  |  |
| Celular                 |                         |  |  |

| DATOS FAMILIARES        |                              |  |  |
|-------------------------|------------------------------|--|--|
| Nombre del Padre        | Luis Hely Florez Asorio      |  |  |
| Ocupación               | Agricultor                   |  |  |
| Dirección de residencia | Vereda Mongui                |  |  |
| Nombre de la Madre      | Nieves Mongui Martínez Prada |  |  |
| Ocupación               | Bodega                       |  |  |
| Dirección de residencia | Vereda Mongui                |  |  |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |                                     |    |                                     |            |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----|-------------------------------------|------------|--|
| Nombre del Seguro Médico o EPS.                                                                                                                    |                                     |    |                                     |            |  |
| Si                                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | Puntaje                             |            |  |
| Fracturas                                                                                                                                          | SI                                  | NO | <input checked="" type="checkbox"/> | Cuándo     |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            | SI                                  | NO | <input checked="" type="checkbox"/> | Dónde      |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  | SI                                  | NO | <input checked="" type="checkbox"/> | Cuáles     |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     | SI                                  | NO | <input checked="" type="checkbox"/> | Cuáles     |  |
| A continuación como acudiente responsable del participante firma en consentimiento y me comprometo a cumplir con las reglas del proceso formativo. |                                     |    |                                     | Teléfono   |  |
| La madre                                                                                                                                           |                                     |    |                                     | 3804633199 |  |
| Nieves Mongui Martínez 21 7092907                                                                                                                  |                                     |    |                                     |            |  |
| Firma y Cedula Acudiente                                                                                                                           |                                     |    |                                     |            |  |

Página:

1 de 1

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

 CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
 contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
 www.gramalote-nortedesantander.gov.co

**ALCALDÍA DE**  
**GRAMALOTE**  
**2024-2027**

## CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Nieves Naranjo Martínez Mota mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 97 792 907 Expedida en Gramalote, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Angie Mayra del Píez Martínez participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024**”, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, proyecto apoyado por el **ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural**, autorizo para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ **Imagen** ☒ **Frases** ☒ **Declaraciones** ☒ **Testimonios** ☒ **Retrato fotográfico** ☒ **Locaciones** ☒ **Pinturas** ☒ **creaciones** ☒ **Fotografías** ☒ **Videos** ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Nieves Naranjo  
Nombre y firma Acudiente  
C.C. 97 792 907  
Celular: 320 403 3199  
Email: Yeraci Alex 2275@gmail.com

Angie Flores  
Nombre y firma de Participante  
C.C. 1092952673  
Celular: 327 633 2729  
Email:

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortesantander.gov.co  
www.gramalote-nortesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
**GRAMALOTE**  
2024-2027



**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE**
**FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N°** 44
**"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".**

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES        |                          |      |          |
|-------------------------|--------------------------|------|----------|
| Primer Apellido         | Carvajal                 |      |          |
| Segundo Apellido        | Caballero                |      |          |
| Primer Nombre           | Aria                     |      |          |
| Segundo Nombre          | Isabella                 |      |          |
| Doc. de Identidad       | 1092.980.104             | Edad | 14       |
| Dirección de residencia | M272 Casa 17B la Unión   |      | Teléfono |
| E-mail                  |                          |      | Celular  |
| Institución Educativa   | Sagrado Corazón de Jesús |      | Grado    |
|                         |                          |      | noveno   |

| DATOS FAMILIARES        |                                 |         |            |
|-------------------------|---------------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Pastor Hernando Carvajal Bohaza |         |            |
| Ocupación               | comerciante                     | Celular | 3124105570 |
| Dirección de residencia | M272 Casa 17B                   |         |            |
| Nombre de la Madre      | Sonia Edith Caballero Becerra   |         |            |
| Ocupación               | comerciante                     | Celular | 3115105699 |
| Dirección de residencia | M272 Casa 17B                   |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |                                        |                                        |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|------------|
| Nombre del Seguro Médico o EPS                                                                                                                     | sanitas                                |                                        |            |
| Saben                                                                                                                                              | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/>            | Puntaje    |
| Fracturas                                                                                                                                          | SI <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuando     |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            | SI <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuales     |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  | SI <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuales     |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     | Sonia Caballero                        |                                        | Teléfono   |
|                                                                                                                                                    |                                        |                                        | 3115105699 |
| A continuación como asistente responsable del participante firma en consentimiento y se comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo. |                                        |                                        |            |
| Sonia Caballero CC. 27592511                                                                                                                       |                                        |                                        |            |
| Firma Y Cédula Asistente                                                                                                                           |                                        |                                        |            |

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

 CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Centro Urbano  
 contratacion@gramalote-nortesantander.gov.co  
 www.gramalote-nortesantander.gov.co

**ALCALDÍA DE**  
**GRAMALOTE**  
**2024-2027**

## CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Pasta Hernando Canayali B. mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 88226412 Expedida en Cucota, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Maria Isabella Canayali Caballero participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024** realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Pasta H. Canayali B.  
Nombre y firma Acudiente  
C.C. 88226412  
Celular: 3124105510  
Email: pasta.canayali2@gmail.com

Nombre y firma de Participante  
C.C.  
Celular:  
Email:

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nº: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contactacion@gramalote-nortesantander.gov.co  
www.gramalote-nortesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
2024-2027

## CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 45

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES        |                            |          |            |
|-------------------------|----------------------------|----------|------------|
| Primer Apellido         | Carrero                    |          |            |
| Segundo Apellido        | orejuela                   |          |            |
| Primer Nombre           | maria                      |          |            |
| Segundo Nombre          | jose                       |          |            |
| Doc. de identidad       | 10898554                   | Edad     | 15         |
| Dirección de residencia | Campo alegre               | Teléfono | 3227655626 |
| E-mail                  | mcarreroorejuela@gmail.com | Celular  | 3227655626 |
| Institución Educativa   | Sagrado corazón de Jesús   | Grado    | 10A        |

| DATOS FAMILIARES        |                                              |         |            |
|-------------------------|----------------------------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Jose Javier Carrero Martinez                 |         |            |
| Ocupación               | Comerciante                                  | Celular | 3205773824 |
| Dirección de residencia | Cucuta                                       |         |            |
| Nombre de la Madre      | Claudia Yanet Orejuela Orejuela              |         |            |
| Ocupación               | Ama de casa                                  | Celular | 3118803943 |
| Dirección de residencia | Campo alegre / vereda valderrama / Gramalote |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                     |    |                                        |         |       |                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------|---------|-------|----------------------|
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                 |    |                                        |         |       | Sanitas Contributivo |
| Sisben                                                                                                                                            | SI | NO                                     | Puntaje |       |                      |
| Fracturas                                                                                                                                         | SI | NO                                     | Cuáles  | Dónde |                      |
| Problemas respiratorios                                                                                                                           | SI | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuáles  |       |                      |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                 | SI | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuáles  |       |                      |
| En caso de emergencia familiar                                                                                                                    |    |                                        |         |       | Teléfono             |
|                                                                                                                                                   |    |                                        |         |       | 3118803943           |
| A continuación como acudiente responsable del participante firmo en consentimiento y me comprometo a cumplir con las reglas del presente formato. |    |                                        |         |       |                      |
| Claudia Yanet Orejuela 27/721.11967E<br>Firma Y Celular Acudiente                                                                                 |    |                                        |         |       |                      |

Alcaldía Municipal de Gramalote  
 Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
 contratación@gramalote-nortedesantander.gov.co  
 www.gramalote-nortedesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
**GRAMALOTE**  
 2024-2027



CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Claudia Yanet Ovejuna mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 271721119 Expedida en Gramalote en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Manuel JOSE CARREÑO participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024** realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención.

Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Claudia Ovejuna  
Nombre y firma Acudiente  
C.C. 271721119  
Celular: 3118803443  
Email: janetovejunaovejuna@gmail.com

Maria Jose Carreno Ovejuna  
Nombre y firma de Participante  
C.C. 1051954554  
Celular: 3224655626  
Email: mcarrenoovejuna@gmail.com

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote.nortedesantander.gov.co  
www.gramalote.nortedesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
2024-2027



CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 46

“ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024”.  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural”

| DATOS PERSONALES        |              |          |    |
|-------------------------|--------------|----------|----|
| Primer Apellido         | Espinosa     |          |    |
| Segundo Apellido        | Espinosa     |          |    |
| Primer Nombre           | Yulety       |          |    |
| Segundo Nombre          | Valentina    |          |    |
| Doc. de Identidad       | 1090.227.433 | Edad     | 10 |
| Dirección de residencia | Villanueva   | Teléfono |    |
| E-mail                  |              | Celular  |    |

| DATOS FAMILIARES        |                 |         |            |
|-------------------------|-----------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Hermes Espinosa |         |            |
| Ocupación               | Agricultor      | Celular | 3249750084 |
| Dirección de residencia | Villanueva      |         |            |
| Nombre de la Madre      | Maria Yolanda   |         |            |
| Ocupación               | Amo de Casa     | Celular | 3136240304 |
| Dirección de residencia | Villanueva      |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                     |                                        |                                        |        |    |       |          |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|--------|----|-------|----------|------------|
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                 |                                        |                                        |        |    |       |          |            |
| Salud                                                                                                                                             | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/>            | Pasaje | A3 |       |          |            |
| Fracturas                                                                                                                                         | SI <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuando |    | Donde |          |            |
| Problemas respiratorios                                                                                                                           | SI <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuales |    |       |          |            |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                 | SI <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuales |    |       |          |            |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                    |                                        |                                        |        |    |       | Teléfono | 3249750084 |
| A continuación como acudiente responsable del participante firmo en consentimiento y me comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo |                                        |                                        |        |    |       |          |            |
| Firma Y Celular Acudiente <u>Hermes Espinosa</u><br><u>cc 341878</u>                                                                              |                                        |                                        |        |    |       |          |            |

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 8 - Nuevo Casco Urbano  
contrataciones@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Hermes Espinosa mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 5447818 Expedida en Bucaria en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Yulety Valentina participe del PROYECTO denominado - ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024". realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, proyecto apoyado por el ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural, autorizo para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, doy mi consentimiento y mi Hijo(a) da su asentimiento, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Hermes Espinosa  
Nombre y firma Acudiente  
C.C. 5447818  
Celular: 3219150081  
Email:

Yulety Valentina Espinosa Espinosa  
Nombre y firma de Participante  
C.C. 1090.227.433  
Celular:  
Email:

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortesantander.gov.co  
www.gramalote-nortesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
NORTE DE SANTANDER





# CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 47

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

| DATOS PERSONALES        |               |          |        |
|-------------------------|---------------|----------|--------|
| Primer Apellido         | Alcino        |          |        |
| Segundo Apellido        | Cardenas      |          |        |
| Primer Nombre           | Mia           |          |        |
| Segundo Nombre          | Luciana       |          |        |
| Doc. de Identidad       | 1094005168    | Edad     | 5 años |
| Dirección de residencia | V. Villanueva | Teléfono |        |
| E-mail                  |               | Celular  |        |

| DATOS FAMILIARES        |                               |         |            |
|-------------------------|-------------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Karen Yoreth Cardenas Archila |         |            |
| Ocupación               | ama de casa                   | Celular | 3123267209 |
| Dirección de residencia | V. Villanueva                 |         |            |
| Nombre de la Madre      |                               |         |            |
| Ocupación               |                               | Celular |            |
| Dirección de residencia |                               |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                     |                                        |                                        |         |              |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|---------|--------------|--|
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                 |                                        |                                        |         | Sanitas      |  |
| Salud                                                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO            | Portaje | A2           |  |
| Fracturas                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> SI            | <input type="checkbox"/> NO            | Cuando  | Donde        |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> SI            | <input checked="" type="checkbox"/> NO | Cuando  | Cualquier    |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> SI            | <input checked="" type="checkbox"/> NO | Cuando  | Cualquier    |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                    |                                        |                                        |         | Teléfono     |  |
| A continuación como acudiente responsable del participante (tomo en conocimiento y me comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo). |                                        |                                        |         |              |  |
| Karen Cardenas                                                                                                                                    |                                        |                                        |         | 1-090475-368 |  |
| Firma Y Celular Acudiente                                                                                                                         |                                        |                                        |         |              |  |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.****AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, Karen Yorieth Cardona mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1090425368 Expedida en Zulia, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) miña Luciana Aurora C participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024** realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, proyecto apoyado por el **ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural**, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Nombre y firma Acudiente Karen Cardona  
C.C. 1090425368  
Celular: 3123267209  
Email:

Nombre y firma de Participante  
C.C.  
Celular:  
Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

**CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana B - Nuevo Casco Urbano**  
[contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co](mailto:contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co)  
[www.gramalote-nortedesantander.gov.co](http://www.gramalote-nortedesantander.gov.co)

  
**ALCALDÍA DE**  
**GRAMALOTE**  
**NORTE DE SANTANDER**

CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 48

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

| DATOS PERSONALES        |                               |         |            |
|-------------------------|-------------------------------|---------|------------|
| Primer Apellido         | Botello                       |         |            |
| Segundo Apellido        | Calcedo                       |         |            |
| Primer Nombre           | Julieta                       |         |            |
| Segundo Nombre          |                               |         |            |
| Doc. de Identidad       | 1694535436                    | Edad    | 9          |
| Dirección de residencia | Vereda Fatima Finca los Pinos |         | Teléfono   |
| E-mail                  |                               | Celular | 3114495912 |

| DATOS FAMILIARES        |                               |         |            |
|-------------------------|-------------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Jairo Alvaro Botello Duvan    |         |            |
| Ocupación               | Agricultor                    | Celular | 3134039131 |
| Dirección de residencia | Vereda Fatima Finca los Pinos |         |            |
| Nombre de la Madre      | María Paola Calcedo           |         |            |
| Ocupación               | Ama de casa                   | Celular | 3114495912 |
| Dirección de residencia | Vereda Fatima Finca los Pinos |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                       |                                        |                                        |        |            |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|--------|------------|--|--|--|
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                   |                                        |                                        |        | Sanitas    |  |  |  |
| Sigue                                                                                                                                               | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO                                     | Porque | A2         |  |  |  |
| Fracturas                                                                                                                                           | SI                                     | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuando | Dónde      |  |  |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                             | SI                                     | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuáles |            |  |  |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                   | SI                                     | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuáles |            |  |  |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                      |                                        |                                        |        | Teléfono   |  |  |  |
| A continuación como estudiante responsable del participante firmo en consentimiento y me comprometo a cumplir con las reglas del proceso formativo. |                                        |                                        |        |            |  |  |  |
| M. Paola Calcedo                                                                                                                                    |                                        |                                        |        | 1692156600 |  |  |  |
| Firma Y Celular Académico                                                                                                                           |                                        |                                        |        |            |  |  |  |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1



**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.****AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, María Paola Cascedo mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1092156600 Expedida en Gramalote, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Julieta Botello Cascedo participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024**", realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, proyecto apoyado por el **ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural**, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ **Imagen** ☒ **Frases** ☒ **Declaraciones** ☒ **Testimonios** ☒ **Retrato fotográfico** ☒ **Locaciones** ☒ **Pinturas** ☒ **creaciones** ☒ **Fotografías** ☒ **Videos** ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

María Paola Cascedo  
Nombre y firma Acudiente  
C.C. 1092156600  
Celular: 3114495912  
Email: ppolita\_cv@hotmail.com

Julieta Botello  
Nombre y firma de Participante  
C.C.  
Celular:  
Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote.nortesantander.gov.co  
www.gramalote.nortesantander.gov.co

  
**ALCALDÍA DE**  
**GRAMALOTE**  
**NORTE DE SANTANDER**



CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 49

“ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024”.  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural”

|                         |             |      |                  |  |
|-------------------------|-------------|------|------------------|--|
| DATOS PERSONALES        |             |      |                  |  |
| Primer Apellido         | BASTO       |      |                  |  |
| Segundo Apellido        | BASTO       |      |                  |  |
| Primer Nombre           | Elder       |      |                  |  |
| Segundo Nombre          | Sebastian   |      |                  |  |
| Doc. de Identidad       | 1092156 878 | Edad | 6                |  |
| Dirección de residencia |             |      | Teléfono Celular |  |

|                         |  |         |  |
|-------------------------|--|---------|--|
| DATOS FAMILIARES        |  |         |  |
| Nombre del Padre        |  |         |  |
| Ocupación               |  | Celular |  |
| Dirección de residencia |  |         |  |
| Nombre de la Madre      |  |         |  |
| Ocupación               |  | Celular |  |
| Dirección de residencia |  |         |  |

|                                                                                                                                         |                                        |                                        |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------|
| DATOS MÉDICOS                                                                                                                           |                                        |                                        |          |
| Nombre del Seguro Médico o EPS                                                                                                          |                                        |                                        |          |
| Salud                                                                                                                                   | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/>            | Puntaje  |
| Fracturas                                                                                                                               | SI <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuando   |
| Problemas respiratorios                                                                                                                 | SI <input type="checkbox"/>            | NO <input type="checkbox"/>            | Cuando   |
| Uso de Medicamentos                                                                                                                     | SI <input type="checkbox"/>            | NO <input type="checkbox"/>            | Cuando   |
| En caso de emergencia llame a                                                                                                           |                                        |                                        | Teléfono |
| A continuación como responsable del participante firma su consentimiento y se compromete a cumplir con las reglas del proceso formativo |                                        |                                        |          |
| Nelly Yohanna BASTO 1094573163                                                                                                          |                                        |                                        |          |
| Firma Y Celular Acudiente                                                                                                               |                                        |                                        |          |

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortesantander.gov.co  
www.gramalote-nortesantander.gov.co



CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Nell Johanna Bustos mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1094875163 Expedida en Villacar, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Sebastian participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024** realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, proyecto apoyado por el ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural**, autorizo para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Nombre y firma Acudiente Nell  
C.C. 1094875163  
Celular:  
Email:

Nombre y firma de Participante Sebastian Bustos  
C.C.  
Celular:  
Email:

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nº: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
NORTE DE SANTANDER





# CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 50

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

## DATOS PERSONALES

|                         |        |      |          |            |
|-------------------------|--------|------|----------|------------|
| Primer Apellido         | Bastos |      |          |            |
| Segundo Apellido        | Bastos |      |          |            |
| Primer Nombre           | Jesus  |      |          |            |
| Segundo Nombre          | Adrian |      |          |            |
| Doc. de Identidad       |        | Edad | 12       |            |
| Dirección de residencia |        |      | Teléfono | 3206541466 |
| E-mail                  |        |      | Celular  |            |

## DATOS FAMILIARES

|                         |               |         |  |
|-------------------------|---------------|---------|--|
| Nombre del Padre        | Jesus Maria   |         |  |
| Ocupación               | Agricultor    | Celular |  |
| Dirección de residencia |               |         |  |
| Nombre de la Madre      | Neu y Johanna |         |  |
| Ocupación               | dama de casa  | Celular |  |
| Dirección de residencia |               |         |  |

## DATOS MÉDICOS

|                                |                                        |                                        |          |
|--------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------|
| Nombre del Seguro Médico o EPS | comfrenorte                            |                                        |          |
| Salud                          | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/>            | Portaje  |
| Practura                       | SI <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuando   |
| Problemas respiratorios        | SI <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuando   |
| Toma Medicamentos              | SI <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuando   |
| En caso de emergencia llamar a | 3206541466                             |                                        | Teléfono |

A continuación como responsable del participante firma su consentimiento y se compromete a cumplir con las clases del proceso formativo

|                          |            |
|--------------------------|------------|
| Neu y Johanna Bastos     | 1094575163 |
| Firma y Cédula Académica |            |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 8 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Nelly Yohanna Bastos mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1094373163 Expedida en Villa Caro, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Jesús Adrian Bastos participe del PROYECTO denominado - ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024". realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, proyecto apoyado por el ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural, autorizo para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, doy mi consentimiento y mi Hijo(a) da su asentimiento, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Nombre y firma Acudiente Nelly Yohanna Bastos  
C.C. 1094373163  
Celular: 3206341466  
Email:

Nombre y firma de Participante Jesús Adrian  
C.C. 1.094.057.700  
Celular:  
Email:

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote.nortesantander.gov.co  
www.gramalote.nortesantander.gov.co



# CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN, N° 51

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II-VIGENCIA 2024".  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

## DATOS PERSONALES

|                         |                   |      |          |           |
|-------------------------|-------------------|------|----------|-----------|
| Primer Apellido         | Bastos            |      |          |           |
| Segundo Apellido        | Bastos            |      |          |           |
| Primer Nombre           | Santiago          |      |          |           |
| Segundo Nombre          |                   |      |          |           |
| Doc. de Identidad       |                   | Edad | 11       |           |
| Dirección de residencia | Vieja Viena nueva |      | Teléfono | 320654166 |
| E-mail                  |                   |      | Celular  |           |

## DATOS FAMILIARES

|                         |               |         |  |
|-------------------------|---------------|---------|--|
| Nombre del Padre        | Jesús Mena    |         |  |
| Ocupación               | Adiccionista  | Celular |  |
| Dirección de residencia |               |         |  |
| Nombre de la Madre      | Nelly Johanna |         |  |
| Ocupación               | Dona de casa  | Celular |  |
| Dirección de residencia |               |         |  |

## DATOS MÉDICOS

|                                   |                                        |                                        |         |                      |            |
|-----------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|---------|----------------------|------------|
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S. |                                        |                                        |         | Comfamiliar          |            |
| Salud                             | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO                                     | Postaje |                      |            |
| Tratamiento                       | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO                                     | Cuando  | 10-10-25             | Desde      |
| Problemas respiratorios           | SI                                     | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuales  | Ante brazo izquierdo |            |
| Toma Medicamentos                 | SI                                     | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuales  |                      |            |
| En caso de emergencia llamar a:   |                                        |                                        |         | Teléfono             | 3206541486 |

A continuación como acudiente responsable del participante firma su consentimiento y se compromete a cumplir con las clases del proceso formativo

Nelly Johanna Bastos 1094395167  
Firma Y Cédula Académica

|        |        |
|--------|--------|
| Página | 1 de 1 |
|--------|--------|

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casas Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co





## CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Neucl Vahemba Santos mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 7094575163 Expedida en Villa Caro, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Santiago Bastos participe del PROYECTO denominado - ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024", realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, proyecto apoyado por el ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Nombre y firma Acudiente Neucl Bastos  
C.C. 7094575163  
Celular:  
Email:

Nombre y firma de Participante Santiago  
C.C. 1.091.182.962  
Celular:  
Email:

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



ALCALDIA DE  
GRAMALOTE  
NORTE DE SANTANDER

## CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 52.

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".  
 Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

| DATOS PERSONALES        |                   |         |          |
|-------------------------|-------------------|---------|----------|
| Primer Apellido         | GUERREYO          |         |          |
| Segundo Apellido        | CACERES           |         |          |
| Primer Nombre           | Lisbeth           |         |          |
| Segundo Nombre          | Gabriela          |         |          |
| Doc. de Identidad       | 1094533606        | Edad    | 8        |
| Dirección de residencia | vereda villanueva |         | Teléfono |
| E-mail                  |                   | Celular |          |



| DATOS FAMILIARES        |                               |         |            |
|-------------------------|-------------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Leonardo José Guerrero Moreno |         |            |
| Ocupación               | Agricultor                    | Celular |            |
| Dirección de residencia | vereda villanueva             |         |            |
| Nombre de la Madre      | Leidy Tatiana Caceres Pacheco |         |            |
| Ocupación               | Amo de casa                   | Celular | 3225362414 |
| Dirección de residencia | vereda villanueva             |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                     |                                        |                                        |           |          |  |            |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|-----------|----------|--|------------|--|
| Nombre del Seguro Médico o EPS                                                                                                                    |                                        |                                        |           | Sanitas  |  |            |  |
| Sistema                                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO            | Participa | A 7      |  |            |  |
| Enfermedades                                                                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO | Cuáles    |          |  |            |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> SI            | <input checked="" type="checkbox"/> NO | Cuáles    |          |  |            |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> SI            | <input checked="" type="checkbox"/> NO | Cuáles    |          |  |            |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                    |                                        |                                        |           | Teléfono |  | 3225362414 |  |
| A continuación como académico responsable del participante firma su consentimiento y se compromete a cumplir con las reglas del proceso formativo |                                        |                                        |           |          |  |            |  |
| Firma Y Celular Académico                                                                                                                         |                                        |                                        |           |          |  |            |  |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

Alcaldía Municipal de Gramalote  
 Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
 contratacion@gramalote.nortedesantander.gov.co  
 www.gramalote.nortedesantander.gov.co

**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.**

**AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, Leidy Tatiana Caleres Pacheco mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1005072992 Expedida en Jourdes, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Lisbeth Gabriela Guerrero Caleres participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024**\*, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, proyecto apoyado por el **ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural**, autorizo para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ **Imagen** ☒ **Frases** ☒ **Declaraciones** ☒ **Testimonios** ☒ **Retrato fotográfico** ☒ **Locaciones** ☒ **Pinturas** ☒ **creaciones** ☒ **Fotografías** ☒ **Videos** ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participante; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Leidy Tatiana Caleres P  
Nombre y firma Acudiente  
C.C. 1005072992  
Celular: 322 536 2414  
Email:

Gabriela Guerrero Caleres  
Nombre y firma de Participante  
C.C. 1094533606  
Celular: 322 536 2414  
Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contrataciones@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



**ALCALDIA DE  
GRAMALOTE**  
NORTE DE SANTANDER



**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE**

**FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N°** 53

**"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".**  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

| DATOS PERSONALES        |                            |         |            |
|-------------------------|----------------------------|---------|------------|
| Primer Apellido         | Lobo                       |         |            |
| Segundo Apellido        | Rodríguez                  |         |            |
| Primer Nombre           | Veronica                   |         |            |
| Segundo Nombre          | Sofig                      |         |            |
| Doc. de Identidad       | T.I 1093604776             | Edad    | 10         |
| Dirección de residencia | Villanueva Finca el Recreo |         | Teléfono   |
| E-mail                  |                            | Celular | 3133959448 |

| DATOS FAMILIARES        |                            |         |  |
|-------------------------|----------------------------|---------|--|
| Nombre del Padre        | Huvier Lobo Yañez          |         |  |
| Ocupación               | Ing Mecanica automotor     | Celular |  |
| Dirección de residencia | Barrio Tragal Cucuta       |         |  |
| Nombre de la Madre      | Alex Rodriguez Botello     |         |  |
| Ocupación               | amarle casa                | Celular |  |
| Dirección de residencia | Villanueva Finca el Recreo |         |  |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                   |                                                                    |         |          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------|----------|
| Nombre del Seguro Médico o EPS                                                                                                                  |                                                                    | SANITAS |          |
| Saludo                                                                                                                                          | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Parto   | A        |
| Fractura                                                                                                                                        | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuando  |          |
| Problemas respiratorios                                                                                                                         | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuando  |          |
| Toma Medicamentos                                                                                                                               | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuando  |          |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                  | Madre                                                              |         | Teléfono |
| A continuación como acudiente responsable del participante firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las clases del presente taller |                                                                    |         |          |
| Alex Rodriguez Botello CC 1094532376                                                                                                            |                                                                    |         |          |
| Firma Y Celular Acudiente                                                                                                                       |                                                                    |         |          |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortesantander.gov.co  
www.gramalote-nortesantander.gov.co



## CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Alex Rodriguez Botello mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1094532376 Expedida en Boyacá, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Veronica Sofia Jabo Rodriguez participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024** realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, proyecto apoyado por el **ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural**, autorizo para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Vídeos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento y mi Hijo(a) da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Alex Rodriguez B  
Nombre y firma Acudiente  
C.C. 1094532376  
Celular: 313-3959448  
Email:

Nombre y firma de Participante  
C.C.  
Celular:  
Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contactacion@gramalote.nortesantander.gov.co  
www.gramalote.nortesantander.gov.co



**ALCALDIA DE  
GRAMALOTE**  
NORTE DE SANTANDER

**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE**

**FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N°** SA

**"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".**  
**Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"**

**DATOS PERSONALES**

|                         |                               |         |            |
|-------------------------|-------------------------------|---------|------------|
| Primer Apellido         | Botero                        |         |            |
| Segundo Apellido        | Callejas                      |         |            |
| Primer Nombre           | Wesley                        |         |            |
| Segundo Nombre          |                               |         |            |
| Doc. de Identidad       | 109H533756                    | Tel     | 7          |
| Dirección de residencia | Vereda Edilmar Fina los puros |         | Teléfono   |
| E-mail                  |                               | Celular | 3114495912 |

**DATOS FAMILIARES**

|                         |                               |         |            |
|-------------------------|-------------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Jesus Alonso Botero Botero    |         |            |
| Ocupación               | Agricultor                    | Celular | 3171039131 |
| Dirección de residencia | Vereda Edilmar Fina los puros |         |            |
| Nombre de la Madre      | María Piedad Callejas         |         |            |
| Ocupación               | Amo de casa                   | Celular | 3114495912 |
| Dirección de residencia | Vereda Edilmar Fina los puros |         |            |

**DATOS MÉDICOS**

|                                                                                                                                                    |                                        |                                        |                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|
| Nombre del Seguro Médico o U.P.S.                                                                                                                  |                                        |                                        |                                        |
| Niñez                                                                                                                                              | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/>            | Postura                                |
| Formas                                                                                                                                             | SI <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Canal                                  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            |                                        | SI <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  |                                        | SI <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     |                                        | Teléfono                               |                                        |
| A continuación como asistente responsable del participante firma en consentimiento y se compromete a cumplir con las clases del proceso formativo. |                                        |                                        |                                        |
| M. Piedad Callejas                                                                                                                                 |                                        | 1092150600                             |                                        |
| Firma y Celular Asistente                                                                                                                          |                                        |                                        |                                        |

Página:

1 de 1

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
contratación@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co





CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, PAOLA BOTELLA CALLED mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1002156600 Expedida en GRAMALOTE, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) GISELL BOTELLA CALLED participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024** realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, proyecto apoyado por el **ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural**, autorizo para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ **Imagen** ☒ **Frases** ☒ **Declaraciones** ☒ **Testimonios** ☒ **Retrato fotográfico** ☒ **Locaciones** ☒ **Pinturas** ☒ **creaciones** ☒ **Fotografías** ☒ **Videos** ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

PAOLA BOTELLA CALLED  
Nombre y firma Acudiente  
C.C. 1002156600  
Celular: 3114495912  
Email: paola\_cv@hotmail.com

GISELL BOTELLA C  
Nombre y firma de Participante  
C.C.  
Celular:  
Email:

Alcaldía Municipal de Gramalote  
890.501.404-1

BO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Centro Urbano  
secreciogramalote@nortesantander.gov.co  
gramalote@nortesantander.gov.co



ALCALDIA DE  
GRAMALOTE  
NORTE DE SANTANDER



# CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 55

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

## DATOS PERSONALES

|                         |                          |      |          |            |
|-------------------------|--------------------------|------|----------|------------|
| Primer Apellido         | Estupinan Sandoval       |      |          |            |
| Segundo Apellido        | Sandoval                 |      |          |            |
| Primer Nombre           | Valery                   |      |          |            |
| Segundo Nombre          | Luciana                  |      |          |            |
| Doc. de Identidad       |                          | Edad | 6        |            |
| Dirección de residencia | Vereda Villanueva        |      | Teléfono | 3146046499 |
| E-mail                  | eliliana1986@hotmail.com |      | Celular  |            |

## DATOS FAMILIARES

|                         |                        |         |            |
|-------------------------|------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Luis Enrique Estupinan |         |            |
| Ocupación               | Trabaja en AKC         | Celular | 3224552011 |
| Dirección de residencia | Vereda Villanueva      |         |            |
| Nombre de la Madre      | Liliana Sandoval Ochoa |         |            |
| Ocupación               | Amo de casa            | Celular | 3146046499 |
| Dirección de residencia | Vereda Villanueva      |         |            |

## DATOS MÉDICOS

|                                |                                        |                                        |          |            |
|--------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------|------------|
| Nombre del Seguro Médico o EPS | Nueva EPS                              |                                        |          |            |
| Sufran                         | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO            | Puntaje  |            |
| Enfermo                        | <input type="checkbox"/> SI            | <input checked="" type="checkbox"/> NO | Cuando   | Desde      |
| Problemas respiratorios        | <input type="checkbox"/> SI            | <input checked="" type="checkbox"/> NO | Cuales   |            |
| Toma Medicamentos              | <input type="checkbox"/> SI            | <input checked="" type="checkbox"/> NO | Cuales   |            |
| En caso de emergencia llamar a |                                        |                                        | Teléfono | 3146046499 |

A continuación escriba el nombre completo del participante firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las reglas del presente formato.

Liliana Patricia Sandoval O. 1092154343

Firma Y Celular Acudiente

Página:

1 de 1

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 9 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



## CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Liliana Sandoval O mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1092154343 Expedida en Gramalote, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Valery Luciana Estupiñán S participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024** realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, proyecto apoyado por el **ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural**, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ **Imagen** ☒ **Frases** ☒ **Declaraciones** ☒ **Testimonios** ☒ **Retrato fotográfico** ☒ **Locaciones** ☒ **Pinturas** ☒ **creaciones** ☒ **Fotografías** ☒ **Videos** ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Liliana Sandoval O

Nombre y firma Acudiente

C.C. 1092154343

Celular: 3146046499

Email: Piliana1986@hotmail.com

Nombre y firma de Participante

C.C.

Celular:

Email:

Alcaldía Municipal de Gramalote

Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
NORTE DE SANTANDER





CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 56

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

| DATOS PERSONALES        |                             |         |            |
|-------------------------|-----------------------------|---------|------------|
| Primer Apellido         | BETCHO                      |         |            |
| Segundo Apellido        | BOCHÓ                       |         |            |
| Primer Nombre           | Nicol                       |         |            |
| Segundo Nombre          | SACFUNJ                     |         |            |
| Doc. de Identidad       | 1094533430                  | Edad    |            |
| Dirección de residencia | Finca El Huevo (Villavieja) |         | Teléfono   |
| E-mail                  |                             | Celular | 3202385653 |

| DATOS FAMILIARES        |                            |         |  |
|-------------------------|----------------------------|---------|--|
| Nombre del Padre        | Jesús Humberto Betcho      |         |  |
| Ocupación               | Agricultor                 | Celular |  |
| Dirección de residencia | El Huevo                   |         |  |
| Nombre de la Madre      | Adriana Juana Betcho Dutra |         |  |
| Ocupación               | Oficios varios             | Celular |  |
| Dirección de residencia | El Huevo                   |         |  |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                        |    |    |            |             |  |          |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|------------|-------------|--|----------|--|--|--|
| Nombre del Seguro Médico o EPS                                                                                                                       |    |    |            |             |  |          |  |  |  |
| Salud                                                                                                                                                | SI | NO | Portaje    | Complemento |  |          |  |  |  |
| Fracturas                                                                                                                                            | SI | NO | Cuando     | Dónde       |  |          |  |  |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                              | SI | NO | Cuando     | Dónde       |  |          |  |  |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                    | SI | NO | Cuando     | Dónde       |  |          |  |  |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                       |    |    | 3202385653 |             |  | Teléfono |  |  |  |
| A continuación, como académico responsable del participante, firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las reglas del proceso formativo. |    |    |            |             |  |          |  |  |  |
| Adriana Juana Betcho Dutra                                                                                                                           |    |    |            |             |  |          |  |  |  |
| Firma y Celular Académico                                                                                                                            |    |    |            |             |  |          |  |  |  |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

Alcaldía Municipal de Gramalote  
NIT: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



## CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Adriana Yumil Becerra Ochoa mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1092155464 Expedida en Gramalote, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Nicol Diego Becerra Becerra participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024**", realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, proyecto apoyado por el **ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural**, autorizo para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Nombre y firma Acudiente

C.C. 1092155464

Celular: 3202385653

Email: - - - - -

Nombre y firma de Participante

C.C.

Celular:

Email:

Alcaldía Municipal de Gramalote

Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casas Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
NORTE DE SANTANDER



Culturas

CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 57

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES        |                                  |      |                 |
|-------------------------|----------------------------------|------|-----------------|
| Primer Apellido         | Carrera                          |      |                 |
| Segundo Apellido        | Ojuela                           |      |                 |
| Primer Nombre           | Marta                            |      |                 |
| Segundo Nombre          | Valentina                        |      |                 |
| Doc. de Identidad       | 1951954555                       | Edad | 16              |
| Dirección de residencia | Campa Alegre Vereda Valdehama    |      | Teléfono        |
| E-mail                  | Carreraojuela0308@gmail.com      |      | Celular         |
| Institución Educativa   | Colegio Sagrado Corazón de Jesús |      | Grado           |
|                         |                                  |      | 10 <sup>a</sup> |

| DATOS FAMILIARES        |                               |         |            |
|-------------------------|-------------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | José Javier Carrera Martínez  |         |            |
| Ocupación               | Comerciante                   | Celular | 3205113824 |
| Dirección de residencia |                               |         |            |
| Nombre de la Madre      | Claudia Yanet Ojuela Ojuela   |         |            |
| Ocupación               | Trabajo independiente         | Celular | 3118803943 |
| Dirección de residencia | Campa Alegre Vereda Valdehama |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                     |                   |    |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----|------------|
| Nombre del Seguro Médico o EPS                                                                                                                    | Sanitas Comfuturo |    |            |
| Sobres                                                                                                                                            | SI                | NO | Puntaje    |
| Trastornos                                                                                                                                        | SI                | NO | Cuándo     |
| Problemas respiratorios                                                                                                                           | SI                | NO | Cuáles     |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                 | SI                | NO | Cuáles     |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                    | Claudia Yanet     |    | Teléfono   |
|                                                                                                                                                   |                   |    | 3118803943 |
| A continuación como acudiente responsable del participante firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las reglas del proceso formativo |                   |    |            |
| <p>Claudia Yanet Ojuela O 27721-11967e</p> <p>Firma Y Cédula Acudiente</p>                                                                        |                   |    |            |

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL- Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
2024-2027



## CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Claudia Yanel Ojuela Ojuela mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 21421119 Expedida en \_\_\_\_\_, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) María Valerina Caneio O. participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACIÓN ARTÍSTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024**, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Nombre y firma Acudiente Claudia Yanel  
C.C. 21421119  
Celular: 3118803443  
Email: yanetojuela@veracruzadp@

Claudia Yanel Ojuela

Nombre y firma de Participante Valerina Caneio  
C.C. 11051954555  
Celular: 3124960208  
Email: Caneioojuela@308@gmail.com

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casas Urbano  
contacto@gramalote-nortesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
2024-2027

CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 58

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES        |             |         |    |
|-------------------------|-------------|---------|----|
| Primer Apellido         | Gutiérrez   |         |    |
| Segundo Apellido        | Tolosa      |         |    |
| Primer Nombre           | Laura       |         |    |
| Segundo Nombre          | Marina      |         |    |
| Doc. de Identidad       | CC 27719073 | Edad    | 69 |
| Dirección de residencia |             |         |    |
| E-mail                  |             | Celular |    |
| Institución Educativa   |             | Grado   |    |

| DATOS FAMILIARES        |  |         |  |
|-------------------------|--|---------|--|
| Nombre del Padre        |  |         |  |
| Ocupación               |  | Celular |  |
| Dirección de residencia |  |         |  |
| Nombre de la Madre      |  |         |  |
| Ocupación               |  | Celular |  |
| Dirección de residencia |  |         |  |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                    |                                        |    |         |          |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----|---------|----------|-------|
| Nombre del Seguro Médico ó E.P.S.                                                                                                                |                                        |    |         |          |       |
| Sísten                                                                                                                                           | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO | Puntaje |          |       |
| Fracturas                                                                                                                                        | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO | Calendo |          | Dónde |
| Problemas respiratorios                                                                                                                          | SI                                     | NO | Cuáles  |          |       |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                | SI                                     | NO | Cuáles  |          |       |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                   |                                        |    |         | Teléfono |       |
| A continuación como acudiente responsable del participante firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con los días del proceso formativo. |                                        |    |         |          |       |
| <p><i>Laura Marina Gutiérrez Tolosa</i></p> <p>Firma Y Cédula Acudiente</p>                                                                      |                                        |    |         |          |       |

Alcaldía Municipal de Gramalote  
NII: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
2024-2027





## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_ mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ Expedida en \_\_\_\_\_, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) \_\_\_\_\_ participe del PROYECTO denominado – **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE –FASE II -VIGENCIA 2024**”, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ **Imagen** ☒ **Frases** ☒ **Declaraciones** ☒ **Testimonios** ☒ **Retrato fotográfico** ☒ **Locaciones** ☒ **Pinturas** ☒ **Grabaciones** ☒ **Fotografías** ☒ **Videos** ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención.

Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Nombre y firma Acudiente

C.C.

Celular:

Email:

*Laura Marlen Gutierrez Tolosa*

Nombre y firma de Participante

C.C.

Celular:

Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**

**Nit: 890.501.404-1**

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
contactacion@gramalote.mortedesantander.gov.co  
www.gramalote.mortedesantander.gov.co



**ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE**  
**2024-2027**



100

100

100

100

100

100

100

100

100

CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 59

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES        |            |      |          |
|-------------------------|------------|------|----------|
| Primer Apellido         | Cotamo     |      |          |
| Segundo Apellido        | Corredor   |      |          |
| Primer Nombre           | Florentina |      |          |
| Segundo Nombre          |            |      |          |
| Doc. de Identidad       | CC27718380 | Edad | 80       |
| Dirección de residencia |            |      | Telefono |
| E-mail                  |            |      | Celular  |
| Institución Educativa   |            |      | Grado    |

| DATOS FAMILIARES        |  |         |  |
|-------------------------|--|---------|--|
| Nombre del Padre        |  |         |  |
| Ocupación               |  | Celular |  |
| Dirección de residencia |  |         |  |
| Nombre de la Madre      |  |         |  |
| Ocupación               |  | Celular |  |
| Dirección de residencia |  |         |  |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |    |    |         |          |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------|----------|--|
| Nombre del Seguro Médico ó E.P.S.                                                                                                                  |    |    |         |          |  |
| Sistema                                                                                                                                            | SI | NO | Puntaje |          |  |
| Trastornos                                                                                                                                         | SI | NO | Cuando  | Dónde    |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            | SI | NO | Cuáles  |          |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  | SI | NO | Cuáles  |          |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     |    |    |         | Teléfono |  |
| A continuación como acudiente responsable del participante firma el consentimiento y me comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo. |    |    |         |          |  |
| <br>Firma Y Cédula Acudiente                                    |    |    |         |          |  |

Alcaldía Municipal de Gramalote  
NIT: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
2024-2027





## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_ mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ Expedida en \_\_\_\_\_, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) \_\_\_\_\_ participe del PROYECTO denominado – **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE –FASE II -VIGENCIA 2024**”, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ Creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Nombre y firma Acudiente

C.C.

Celular:

Email:



Nombre y firma de Participante

C.C.

Celular:

Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
contactacion@gramalote-nortesantander.gov.co  
www.gramalote-nortesantander.gov.co



**ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE**  
**2024-2027**



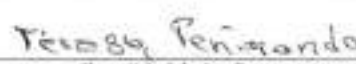


**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE**
**FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N°** 60
**"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".**

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES        |              |      |    |
|-------------------------|--------------|------|----|
| Primer Apellido         | Peñaralda    |      |    |
| Segundo Apellido        | Barrientos.  |      |    |
| Primer Nombre           | Teresa       |      |    |
| Segundo Nombre          | Peña         |      |    |
| Doc. de Identidad       | CC 27719673. | Edad | 65 |
| Dirección de residencia |              |      |    |
| E-mail                  |              |      |    |
| Institución Educativa   |              |      |    |

| DATOS FAMILIARES        |  |         |  |
|-------------------------|--|---------|--|
| Nombre del Padre        |  |         |  |
| Ocupación               |  | Celular |  |
| Dirección de residencia |  |         |  |
| Nombre de la Madre      |  |         |  |
| Ocupación               |  | Celular |  |
| Dirección de residencia |  |         |  |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                     |    |    |         |          |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------|----------|--|
| Nombre del Seguro Médico ó E.P.S.                                                                                                                 |    |    |         |          |  |
| Sisben                                                                                                                                            | SI | NO | Puntaje |          |  |
| Fracturas                                                                                                                                         | SI | NO | Cedado  | Duración |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                           | SI | NO | Cuáles  |          |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                 | SI | NO | Cuáles  |          |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                    |    |    |         | Teléfono |  |
| A continuación como acudiente responsable del participante firma su consentimiento y me comprometo a cumplir con los fines del proceso formativo. |    |    |         |          |  |
| <br><b>Firma Y Cédula Acudiente</b>                            |    |    |         |          |  |

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
 Nit: 890.501.404-1

 CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
 contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
 www.gramalote-nortedesantander.gov.co


**ALCALDÍA DE**  
**GRAMALOTE**  
 2024-2027



**AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, \_\_\_\_\_ mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ Expedida en \_\_\_\_\_, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) \_\_\_\_\_ participe del PROYECTO denominado – **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE –FASE II -VIGENCIA 2024**”, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ Creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo **autorizo** a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Nombre y firma Acudiente

C.C.

Celular:

Email:

*Teresa Peña*

Nombre y firma de Participante

C.C.

Celular:

Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**

**Nit: 890.501.404-1**

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
contactacion@gramalote.nortesantander.gov.co  
www.gramalote.nortesantander.gov.co



**ALCALDÍA DE**  
**GRAMALOTE**  
**2024-2027**



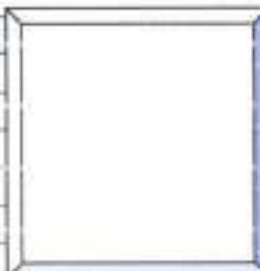


CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 61

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES                                                                                                                                   |             |      |         |          |                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------|---------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Primer Apellido                                                                                                                                    | Mendoza     |      |         |          |  |
| Segundo Apellido                                                                                                                                   | Perez       |      |         |          |                                                                                     |
| Primer Nombre                                                                                                                                      | Ana         |      |         |          |                                                                                     |
| Segundo Nombre                                                                                                                                     | Cecilia     |      |         |          |                                                                                     |
| Doc. de Identidad                                                                                                                                  | CC 17708634 | Edad | 72.     |          |                                                                                     |
| Dirección de residencia                                                                                                                            |             |      |         | Telefono |                                                                                     |
| E-mail                                                                                                                                             |             |      |         | Celular  |                                                                                     |
| Institución Educativa                                                                                                                              |             |      |         | Grado    |                                                                                     |
| DATOS FAMILIARES                                                                                                                                   |             |      |         |          |                                                                                     |
| Nombre del Padre                                                                                                                                   |             |      |         |          |                                                                                     |
| Ocupación                                                                                                                                          |             |      |         | Celular  |                                                                                     |
| Dirección de residencia                                                                                                                            |             |      |         |          |                                                                                     |
| Nombre de la Madre                                                                                                                                 |             |      |         |          |                                                                                     |
| Ocupación                                                                                                                                          |             |      |         | Celular  |                                                                                     |
| Dirección de residencia                                                                                                                            |             |      |         |          |                                                                                     |
| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |             |      |         |          |                                                                                     |
| Nombre del Seguro Médico ó E.P.S.                                                                                                                  |             |      |         |          |                                                                                     |
| Sísten                                                                                                                                             | SI          | NO   | Puntaje |          |                                                                                     |
| Fracturas                                                                                                                                          | SI          | NO   | Cuándo  | Dónde    |                                                                                     |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            | SI          | NO   | Cuáles  |          |                                                                                     |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  | SI          | NO   | Cuáles  |          |                                                                                     |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     |             |      |         | Telefono |                                                                                     |
| A continuación como acudiente responsable del participante firmo mi consentimiento y mi compromiso a cumplir con las clases del proceso formativo. |             |      |         |          |                                                                                     |
| <p><i>Ana Cecilia Mendoza Perez.</i></p> <p>Firma Y Cedula Acudiente</p>                                                                           |             |      |         |          |                                                                                     |

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
2024-2027





## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_ mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ Expedida en \_\_\_\_\_, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) \_\_\_\_\_ participe del PROYECTO denominado – **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE –FASE II -VIGENCIA 2024**”, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ Creaciones ☒ Fotografías ☒ Vídeos ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Nombre y firma Acudiente

C.C.

Celular:

Email:

*Ana Cecilia Hurtado Perez*

Nombre y firma de Participante

C.C.

Celular:

Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**

**Nit: 890.501.404-1**

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana D – Nuevo Casco Urbano  
contactacion@gramalote.nortesantander.gov.co  
www.gramalote.nortesantander.gov.co



**ALCALDIA DE  
GRAMALOTE**  
**2024-2027**

11. 11. 1944. 11. 11. 1944. 11. 11. 1944. 11. 11. 1944.

12. 12. 1944. 12. 12. 1944. 12. 12. 1944. 12. 12. 1944.

13. 13. 1944. 13. 13. 1944. 13. 13. 1944. 13. 13. 1944.

14. 14. 1944. 14. 14. 1944. 14. 14. 1944. 14. 14. 1944.

15. 15. 1944. 15. 15. 1944. 15. 15. 1944. 15. 15. 1944.

16. 16. 1944. 16. 16. 1944. 16. 16. 1944. 16. 16. 1944.

17. 17. 1944. 17. 17. 1944. 17. 17. 1944. 17. 17. 1944.

18. 18. 1944. 18. 18. 1944. 18. 18. 1944. 18. 18. 1944.

19. 19. 1944. 19. 19. 1944. 19. 19. 1944. 19. 19. 1944.

20. 20. 1944. 20. 20. 1944. 20. 20. 1944. 20. 20. 1944.

21. 21. 1944. 21. 21. 1944. 21. 21. 1944. 21. 21. 1944.

22. 22. 1944. 22. 22. 1944. 22. 22. 1944. 22. 22. 1944.

23. 23. 1944. 23. 23. 1944. 23. 23. 1944. 23. 23. 1944.

24. 24. 1944. 24. 24. 1944. 24. 24. 1944. 24. 24. 1944.

25. 25. 1944. 25. 25. 1944. 25. 25. 1944. 25. 25. 1944.

26. 26. 1944. 26. 26. 1944. 26. 26. 1944. 26. 26. 1944.

27. 27. 1944. 27. 27. 1944. 27. 27. 1944. 27. 27. 1944.

28. 28. 1944. 28. 28. 1944. 28. 28. 1944. 28. 28. 1944.

29. 29. 1944. 29. 29. 1944. 29. 29. 1944. 29. 29. 1944.

30. 30. 1944. 30. 30. 1944. 30. 30. 1944. 30. 30. 1944.

31. 31. 1944. 31. 31. 1944. 31. 31. 1944. 31. 31. 1944.

32. 32. 1944. 32. 32. 1944. 32. 32. 1944. 32. 32. 1944.

33. 33. 1944. 33. 33. 1944. 33. 33. 1944. 33. 33. 1944.

34. 34. 1944. 34. 34. 1944. 34. 34. 1944. 34. 34. 1944.

35. 35. 1944. 35. 35. 1944. 35. 35. 1944. 35. 35. 1944.

**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE**
**FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 62**
**"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".**

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES        |              |      |    |
|-------------------------|--------------|------|----|
| Primer Apellido         | Medina       |      |    |
| Segundo Apellido        | De Becerra   |      |    |
| Primer Nombre           | Rosa         |      |    |
| Segundo Nombre          | Emilia       |      |    |
| Doc. de Identidad       | CC 27719022. | Edad | 69 |
| Dirección de residencia |              |      |    |
| E-mail                  |              |      |    |
| Institución Educativa   |              |      |    |

| DATOS FAMILIARES        |  |         |  |
|-------------------------|--|---------|--|
| Nombre del Padre        |  |         |  |
| Ocupación               |  | Celular |  |
| Dirección de residencia |  |         |  |
| Nombre de la Madre      |  |         |  |
| Ocupación               |  | Celular |  |
| Dirección de residencia |  |         |  |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |    |    |         |          |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------|----------|--|
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                  |    |    |         |          |  |
| Sisben                                                                                                                                             | SI | NO | Puntaje |          |  |
| Precedente                                                                                                                                         | SI | NO | Cédula  |          |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            | SI | NO | Cuáles  |          |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  | SI | NO | Cuáles  |          |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     |    |    |         | Teléfono |  |
| A continuación como acudiente responsable del participante firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo. |    |    |         |          |  |
| <br>Rosa E. de Becerra 27.719.022<br>Firma Y Cédula Acudiente  |    |    |         |          |  |

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
 Nit: 890.501.404-1

 CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
 contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
 www.gramalote-nortedesantander.gov.co


**ALCALDÍA DE GRAMALOTE**  
 2024-2027



Subject: English Language Arts

Grade: 10

Unit: American Literature

Lesson: The Great Gatsby

Objective:

Students will be able to analyze the symbolism of the green light in *The Great Gatsby*.

Standards:

CC.9-10.L.1.1

CC.9-10.L.1.2

CC.9-10.L.1.3

CC.9-10.L.1.4

CC.9-10.L.1.5

CC.9-10.L.1.6

Assessment:

Students will write a paragraph analyzing the symbolism of the green light.

Teacher: [Name]

Date: [Date]

**AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, \_\_\_\_\_ mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ Expedida en \_\_\_\_\_, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) \_\_\_\_\_ participe del PROYECTO denominado – **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE –FASE II -VIGENCIA 2024**”, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Para que usen mi o su Nombre ☒ **Imagen** ☒ **Frases** ☒ **Declaraciones** ☒ **Testimonios** ☒ **Retrato fotográfico** ☒ **Locaciones** ☒ **Pinturas** ☒ **Creaciones** ☒ **Fotografías** ☒ **Videos** ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo **autorizo** a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Nombre y firma Acudiente

C.C.

Celular:

Email:

*Gosa Emilia Medina de Buena*  
*Gosa E. de Buena*

Nombre y firma de Participante

C.C. 27.719.022

Celular:

Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**

**Nit: 890.501.404-1**

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
contactacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



**ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE**

**2024-2027**

The following information is provided for your reference:

1. The first section of the document contains a list of items.

2. The second section contains a table with the following data:

| Item   | Value |
|--------|-------|
| Item 1 | 100   |
| Item 2 | 200   |
| Item 3 | 300   |
| Item 4 | 400   |
| Item 5 | 500   |

3. The third section contains a list of items.

4. The fourth section contains a list of items.

5. The fifth section contains a list of items.

6. The sixth section contains a list of items.

7. The seventh section contains a list of items.

8. The eighth section contains a list of items.

9. The ninth section contains a list of items.

10. The tenth section contains a list of items.

The following information is provided for your reference:

1. The first section of the document contains a list of items.

2. The second section contains a table with the following data:

| Item   | Value |
|--------|-------|
| Item 1 | 100   |
| Item 2 | 200   |
| Item 3 | 300   |
| Item 4 | 400   |
| Item 5 | 500   |

3. The third section contains a list of items.

4. The fourth section contains a list of items.

5. The fifth section contains a list of items.

6. The sixth section contains a list of items.

7. The seventh section contains a list of items.

8. The eighth section contains a list of items.

9. The ninth section contains a list of items.

10. The tenth section contains a list of items.



**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE**
**FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N°** 63
**"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".**

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES        |             |      |    |
|-------------------------|-------------|------|----|
| Primer Apellido         | Flores      |      |    |
| Segundo Apellido        | Cardenas    |      |    |
| Primer Nombre           | Blanca      |      |    |
| Segundo Nombre          | Cecilia     |      |    |
| Doc. de Identidad       | CC 27747940 | Edad | 66 |
| Ubicación de residencia |             |      |    |
| E-mail                  |             |      |    |
| Institución Educativa   |             |      |    |

| DATOS FAMILIARES        |  |         |  |
|-------------------------|--|---------|--|
| Nombre del Padre        |  |         |  |
| Ocupación               |  | Celular |  |
| Dirección de residencia |  |         |  |
| Nombre de la Madre      |  |         |  |
| Ocupación               |  | Celular |  |
| Dirección de residencia |  |         |  |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                       |    |    |          |  |       |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----------|--|-------|--|--|
| Nombre del Seguro Médico o F.P.S.                                                                                                                   |    |    |          |  |       |  |  |
| Sisben                                                                                                                                              | SI | NO | Puntaje  |  |       |  |  |
| Prestatario                                                                                                                                         | SI | NO | Cédula   |  | Dónde |  |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                             | SI | NO | Cuáles   |  |       |  |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                   | SI | NO | Cuáles   |  |       |  |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                      |    |    | Teléfono |  |       |  |  |
| A continuación como estudiante responsable del participante firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las reglas del proceso formativo. |    |    |          |  |       |  |  |
| <br><b>Firma Y Cédula Acudiente</b>                              |    |    |          |  |       |  |  |

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
 Nit: 890.501.404-1

 CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
[contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co](mailto:contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co)  
[www.gramalote-nortedesantander.gov.co](http://www.gramalote-nortedesantander.gov.co)



**AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, \_\_\_\_\_ mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ Expedida en \_\_\_\_\_, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) \_\_\_\_\_ participe del PROYECTO denominado – **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE –FASE II -VIGENCIA 2024**”, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ **Imagen** ☒ **Frases** ☒ **Declaraciones** ☒ **Testimonios** ☒ **Retrato fotográfico** ☒ **Locaciones** ☒ **Pinturas** ☒ **creaciones** ☒ **Fotografías** ☒ **Videos** ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo **autorizo** a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención.

Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

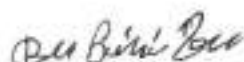
Atentamente,

Nombre y firma Acudiente

C.C.

Celular:

Email:



Nombre y firma de Participante

C.C.

Celular:

Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**

**Nit: 890.501.404-1**

*CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano*  
*contactaciones@gramalote.nortesantander.gov.co*  
*www.gramalote.nortesantander.gov.co*



**ALCALDÍA DE**  
**GRAMALOTE**

**2024-2027**



1. The first part of the paper is devoted to the study of the

properties of the function  $f(x)$  defined by the equation

$$f(x) = \frac{1}{2} \left( f\left(\frac{x}{2}\right) + f\left(\frac{x+1}{2}\right) \right) \\ f(0) = 0, \quad f(1) = 1, \quad f\left(\frac{1}{2}\right) = \frac{1}{2}.$$

It is shown that the function  $f(x)$  is continuous and that it satisfies the functional equation  $f(x) = \frac{1}{2} (f(\frac{x}{2}) + f(\frac{x+1}{2}))$ . The function  $f(x)$  is also shown to be differentiable at  $x = \frac{1}{2}$ .

The second part of the paper is devoted to the study of the properties of the function  $g(x)$  defined by the equation  $g(x) = \frac{1}{2} (g(\frac{x}{2}) + g(\frac{x+1}{2}))$ . It is shown that the function  $g(x)$  is continuous and that it satisfies the functional equation  $g(x) = \frac{1}{2} (g(\frac{x}{2}) + g(\frac{x+1}{2}))$ . The function  $g(x)$  is also shown to be differentiable at  $x = \frac{1}{2}$ .

The third part of the paper is devoted to the study of the properties of the function  $h(x)$  defined by the equation  $h(x) = \frac{1}{2} (h(\frac{x}{2}) + h(\frac{x+1}{2}))$ . It is shown that the function  $h(x)$  is continuous and that it satisfies the functional equation  $h(x) = \frac{1}{2} (h(\frac{x}{2}) + h(\frac{x+1}{2}))$ . The function  $h(x)$  is also shown to be differentiable at  $x = \frac{1}{2}$ .

The fourth part of the paper is devoted to the study of the properties of the function  $k(x)$  defined by the equation  $k(x) = \frac{1}{2} (k(\frac{x}{2}) + k(\frac{x+1}{2}))$ . It is shown that the function  $k(x)$  is continuous and that it satisfies the functional equation  $k(x) = \frac{1}{2} (k(\frac{x}{2}) + k(\frac{x+1}{2}))$ . The function  $k(x)$  is also shown to be differentiable at  $x = \frac{1}{2}$ .

The fifth part of the paper is devoted to the study of the properties of the function  $l(x)$  defined by the equation  $l(x) = \frac{1}{2} (l(\frac{x}{2}) + l(\frac{x+1}{2}))$ . It is shown that the function  $l(x)$  is continuous and that it satisfies the functional equation  $l(x) = \frac{1}{2} (l(\frac{x}{2}) + l(\frac{x+1}{2}))$ . The function  $l(x)$  is also shown to be differentiable at  $x = \frac{1}{2}$ .

The sixth part of the paper is devoted to the study of the properties of the function  $m(x)$  defined by the equation  $m(x) = \frac{1}{2} (m(\frac{x}{2}) + m(\frac{x+1}{2}))$ . It is shown that the function  $m(x)$  is continuous and that it satisfies the functional equation  $m(x) = \frac{1}{2} (m(\frac{x}{2}) + m(\frac{x+1}{2}))$ . The function  $m(x)$  is also shown to be differentiable at  $x = \frac{1}{2}$ .

**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE**

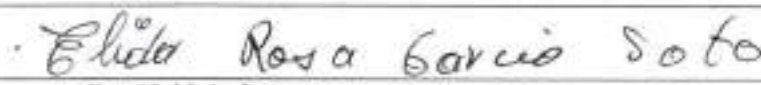
**FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 64**

**"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024",**

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES        |             |      |    |
|-------------------------|-------------|------|----|
| Primer Apellido         | García      |      |    |
| Segundo Apellido        | Soto        |      |    |
| Primer Nombre           | Elida       |      |    |
| Segundo Nombre          | Rosa        |      |    |
| Doc. de Identidad       | CC 27886963 | Edad | 63 |
| Ubicación de residencia |             |      |    |
| E-mail                  |             |      |    |
| Institución Educativa   |             |      |    |

| DATOS FAMILIARES        |  |         |  |
|-------------------------|--|---------|--|
| Nombre del Padre        |  |         |  |
| Ocupación               |  | Celular |  |
| Dirección de residencia |  |         |  |
| Nombre de la Madre      |  |         |  |
| Ocupación               |  | Celular |  |
| Dirección de residencia |  |         |  |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |    |    |          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----------|
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                  |    |    |          |
| Sisben                                                                                                                                             | SI | NO | Puntaje  |
| Fracturas                                                                                                                                          | SI | NO | Cuándo   |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            | SI | NO | Cuáles   |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  | SI | NO | Cuáles   |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     |    |    | Teléfono |
| A continuación como acudiente responsable del participante firmo en consentimiento y me comprometo a cumplir con las claves del proceso formativo. |    |    |          |
| <br>Firma Y Cédula Acudiente                                   |    |    |          |

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
 Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
 contratacion@gramalote.nortedesantander.gov.co  
 www.gramalote.nortedesantander.gov.co





**AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, \_\_\_\_\_ mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ Expedida en \_\_\_\_\_, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) \_\_\_\_\_ participe del PROYECTO denominado – **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE –FASE II -VIGENCIA 2024**”, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Para que usen mi o su Nombre ☒ **Imagen** ☒ **Frases** ☒ **Declaraciones** ☒ **Testimonios** ☒ **Retrato fotográfico** ☒ **Locaciones** ☒ **Pinturas** ☒ **creaciones** ☒ **Fotografías** ☒ **Videos** ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo **autorizo** a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Nombre y firma Acudiente

C.C.

Celular:

Email:

*Elido Rosa Garcia S*  
Nombre y firma de Participante

C.C.

Celular:

Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
contactacion@gramalote.nortesantander.gov.co  
www.gramalote.nortesantander.gov.co



**ALCALDÍA DE**  
**GRAMALOTE**  
**2024-2027**



CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

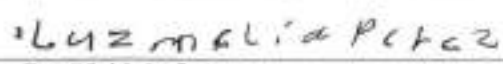
FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 65

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES        |             |      |     |
|-------------------------|-------------|------|-----|
| Primer Apellido         | Perez       |      |     |
| Segundo Apellido        | Espinoza    |      |     |
| Primer Nombre           | Luz         |      |     |
| Segundo Nombre          | Melina      |      |     |
| Doc. de Identidad       | CC 27719943 | Edad | 64. |
| Dirección de residencia |             |      |     |
| E-mail                  |             |      |     |
| Institución Educativa   |             |      |     |

| DATOS FAMILIARES        |  |         |  |
|-------------------------|--|---------|--|
| Nombre del Padre        |  |         |  |
| Ocupación               |  | Celular |  |
| Dirección de residencia |  |         |  |
| Nombre de la Madre      |  |         |  |
| Ocupación               |  | Celular |  |
| Dirección de residencia |  |         |  |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                     |    |    |         |          |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------|----------|--|
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                 |    |    |         |          |  |
| Sisben                                                                                                                                            | SI | NO | Puntaje |          |  |
| Enfermedades                                                                                                                                      | SI | NO | Cuándo  | Dónde    |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                           | SI | NO | Cuáles  |          |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                 | SI | NO | Cuáles  |          |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                    |    |    |         | Teléfono |  |
| A continuación como acadante responsable del participante firmo mi consentimiento y mi compromiso a cumplir con las clases del proceso formativo. |    |    |         |          |  |
| <br>Luz Melina Perez<br>Firma y Cédula Acadante               |    |    |         |          |  |

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote.nortesantander.gov.co  
www.gramalote.nortesantander.gov.co





THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_ mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ Expedida en \_\_\_\_\_, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) \_\_\_\_\_ participe del PROYECTO denominado – **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE –FASE II -VIGENCIA 2024**”, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ **Imagen** ☒ **Frases** ☒ **Declaraciones** ☒ **Testimonios** ☒ **Retrato fotográfico** ☒ **Locaciones** ☒ **Pinturas** ☒ **creaciones** ☒ **Fotografías** ☒ **Videos** ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo **autorizo** a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Nombre y firma Acudiente

C.C.

Celular:

Email:

*Luzmelia Perez*

Nombre y firma de Participante

C.C.

Celular:

Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**

**Nit: 890.501.404-1**

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
contactacion@gramalote.nortesantander.gov.co  
www.gramalote.nortesantander.gov.co



**ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE**  
**2024-2027**





# CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

## FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 68

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".

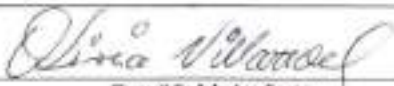
Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES        |  |            |  |  |  |          |  |    |  |
|-------------------------|--|------------|--|--|--|----------|--|----|--|
| Primer Apellido         |  | Villanuel  |  |  |  |          |  |    |  |
| Segundo Apellido        |  | Ruiz       |  |  |  |          |  |    |  |
| Primer Nombre           |  | Olivia     |  |  |  |          |  |    |  |
| Segundo Nombre          |  | Del valle. |  |  |  |          |  |    |  |
| Doc. de Identidad       |  | CC4779732  |  |  |  | Edad     |  | 61 |  |
| Dirección de residencia |  |            |  |  |  | Teléfono |  |    |  |
| E-mail                  |  |            |  |  |  | Celular  |  |    |  |
| Institución Educativa   |  |            |  |  |  | Grado    |  |    |  |

| DATOS FAMILIARES        |  |  |  |  |  |         |  |  |  |
|-------------------------|--|--|--|--|--|---------|--|--|--|
| Nombre del Padre        |  |  |  |  |  |         |  |  |  |
| Ocupación               |  |  |  |  |  | Celular |  |  |  |
| Dirección de residencia |  |  |  |  |  |         |  |  |  |
| Nombre de la Madre      |  |  |  |  |  |         |  |  |  |
| Ocupación               |  |  |  |  |  | Celular |  |  |  |
| Dirección de residencia |  |  |  |  |  |         |  |  |  |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |  |    |    |         |  |          |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----|----|---------|--|----------|--|--|--|
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                  |  |    |    |         |  |          |  |  |  |
| Sistema                                                                                                                                            |  | SI | NO | Puntaje |  |          |  |  |  |
| Tratamiento                                                                                                                                        |  | SI | NO | Estado  |  | Dónde    |  |  |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            |  | SI | NO | Cuáles  |  |          |  |  |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  |  | SI | NO | Cuáles  |  |          |  |  |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     |  |    |    |         |  | Teléfono |  |  |  |
| A continuación como acudiente responsable del participante firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo. |  |    |    |         |  |          |  |  |  |
| <br>Firma Y Cédula Acudiente                                    |  |    |    |         |  |          |  |  |  |

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nli: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote.nortedesantander.gov.co  
www.gramalote.nortedesantander.gov.co

1. The first part of the paper is devoted to the study of the properties of the function  $f(x)$  defined by the equation  $f(x) = \int_0^x f(t) dt$ . It is shown that  $f(x)$  is a constant function, and its value is determined by the initial condition  $f(0) = 1$ .

2. The second part of the paper is devoted to the study of the properties of the function  $g(x)$  defined by the equation  $g(x) = \int_0^x g(t) dt$ . It is shown that  $g(x)$  is a constant function, and its value is determined by the initial condition  $g(0) = 1$ .

3. The third part of the paper is devoted to the study of the properties of the function  $h(x)$  defined by the equation  $h(x) = \int_0^x h(t) dt$ . It is shown that  $h(x)$  is a constant function, and its value is determined by the initial condition  $h(0) = 1$ .

4. The fourth part of the paper is devoted to the study of the properties of the function  $i(x)$  defined by the equation  $i(x) = \int_0^x i(t) dt$ . It is shown that  $i(x)$  is a constant function, and its value is determined by the initial condition  $i(0) = 1$ .

5. The fifth part of the paper is devoted to the study of the properties of the function  $j(x)$  defined by the equation  $j(x) = \int_0^x j(t) dt$ . It is shown that  $j(x)$  is a constant function, and its value is determined by the initial condition  $j(0) = 1$ .

6. The sixth part of the paper is devoted to the study of the properties of the function  $k(x)$  defined by the equation  $k(x) = \int_0^x k(t) dt$ . It is shown that  $k(x)$  is a constant function, and its value is determined by the initial condition  $k(0) = 1$ .

7. The seventh part of the paper is devoted to the study of the properties of the function  $l(x)$  defined by the equation  $l(x) = \int_0^x l(t) dt$ . It is shown that  $l(x)$  is a constant function, and its value is determined by the initial condition  $l(0) = 1$ .

8. The eighth part of the paper is devoted to the study of the properties of the function  $m(x)$  defined by the equation  $m(x) = \int_0^x m(t) dt$ . It is shown that  $m(x)$  is a constant function, and its value is determined by the initial condition  $m(0) = 1$ .

9. The ninth part of the paper is devoted to the study of the properties of the function  $n(x)$  defined by the equation  $n(x) = \int_0^x n(t) dt$ . It is shown that  $n(x)$  is a constant function, and its value is determined by the initial condition  $n(0) = 1$ .

10. The tenth part of the paper is devoted to the study of the properties of the function  $o(x)$  defined by the equation  $o(x) = \int_0^x o(t) dt$ . It is shown that  $o(x)$  is a constant function, and its value is determined by the initial condition  $o(0) = 1$ .

11. The eleventh part of the paper is devoted to the study of the properties of the function  $p(x)$  defined by the equation  $p(x) = \int_0^x p(t) dt$ . It is shown that  $p(x)$  is a constant function, and its value is determined by the initial condition  $p(0) = 1$ .

**AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, \_\_\_\_\_ mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ Expedida en \_\_\_\_\_, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) \_\_\_\_\_ participe del PROYECTO denominado – **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE –FASE II -VIGENCIA 2024**”, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ **Imagen** ☒ **Frases** ☒ **Declaraciones** ☒ **Testimonios** ☒ **Retrato fotográfico** ☒ **Locaciones** ☒ **Pinturas** ☒ **Creaciones** ☒ **Fotografías** ☒ **Videos** ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo **autorizo** a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención.

Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

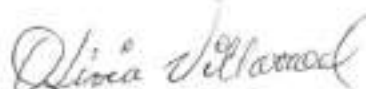
Atentamente,

Nombre y firma Acudiente

C.C.

Celular:

Email:



Nombre y firma de Participante

C.C.

Celular:

Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**

**Nit: 890.501.404-1**

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
contactacion@gramalote.nortesantander.gov.co  
www.gramalote.nortesantander.gov.co



**ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE**  
**2024-2027**



# THEORY OF THE EARTH AND ITS HISTORY

The theory of the earth and its history is a branch of geology which deals with the origin and development of the earth and its various parts. It is a science which seeks to explain the processes which have shaped the earth and its features, and to determine the sequence of events which have taken place since the earth was first formed. The theory of the earth and its history is based on the study of the earth's rocks and fossils, and on the principles of geology. It is a science which is constantly developing, as new discoveries are made and new theories are proposed. The theory of the earth and its history is a branch of geology which deals with the origin and development of the earth and its various parts. It is a science which seeks to explain the processes which have shaped the earth and its features, and to determine the sequence of events which have taken place since the earth was first formed. The theory of the earth and its history is based on the study of the earth's rocks and fossils, and on the principles of geology. It is a science which is constantly developing, as new discoveries are made and new theories are proposed.

The theory of the earth and its history is a branch of geology which deals with the origin and development of the earth and its various parts. It is a science which seeks to explain the processes which have shaped the earth and its features, and to determine the sequence of events which have taken place since the earth was first formed. The theory of the earth and its history is based on the study of the earth's rocks and fossils, and on the principles of geology. It is a science which is constantly developing, as new discoveries are made and new theories are proposed. The theory of the earth and its history is a branch of geology which deals with the origin and development of the earth and its various parts. It is a science which seeks to explain the processes which have shaped the earth and its features, and to determine the sequence of events which have taken place since the earth was first formed. The theory of the earth and its history is based on the study of the earth's rocks and fossils, and on the principles of geology. It is a science which is constantly developing, as new discoveries are made and new theories are proposed.

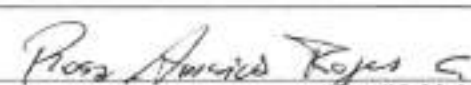
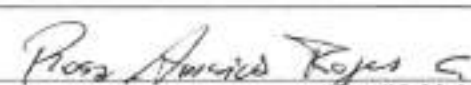
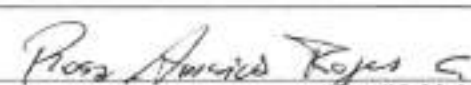
The theory of the earth and its history is a branch of geology which deals with the origin and development of the earth and its various parts. It is a science which seeks to explain the processes which have shaped the earth and its features, and to determine the sequence of events which have taken place since the earth was first formed. The theory of the earth and its history is based on the study of the earth's rocks and fossils, and on the principles of geology. It is a science which is constantly developing, as new discoveries are made and new theories are proposed. The theory of the earth and its history is a branch of geology which deals with the origin and development of the earth and its various parts. It is a science which seeks to explain the processes which have shaped the earth and its features, and to determine the sequence of events which have taken place since the earth was first formed. The theory of the earth and its history is based on the study of the earth's rocks and fossils, and on the principles of geology. It is a science which is constantly developing, as new discoveries are made and new theories are proposed.

# CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

## FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 64

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |    |    |         |  |         |  |          |  |                         |  |             |  |  |  |      |  |    |  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |    |    |         |  |         |  |  |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |       |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |  |  |                   |  |    |    |        |  |         |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----|----|---------|--|---------|--|----------|--|-------------------------|--|-------------|--|--|--|------|--|----|--|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------|--|----|----|---------|--|---------|--|--|--|-------------------------|--|----|----|--------|--|--|--|-------|--|-------------------------|--|----|----|--------|--|--|--|--|--|-------------------|--|----|----|--------|--|---------|--|--|--|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|----------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |    |    |         |  |         |  |          |  |                         |  |             |  |  |  |      |  |    |  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |    |    |         |  |         |  |  |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |       |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |  |  |                   |  |    |    |        |  |         |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |    |    |         |  |         |  |          |  | Primer Apellido         |  | Rojas       |  |  |  |      |  |    |  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |    |    |         |  |         |  |  |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |       |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |  |  |                   |  |    |    |        |  |         |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |    |    |         |  |         |  |          |  | Segundo Apellido        |  | Carrillo    |  |  |  |      |  |    |  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |    |    |         |  |         |  |  |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |       |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |  |  |                   |  |    |    |        |  |         |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |    |    |         |  |         |  |          |  | Primer Nombre           |  | Posa        |  |  |  |      |  |    |  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |    |    |         |  |         |  |  |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |       |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |  |  |                   |  |    |    |        |  |         |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |    |    |         |  |         |  |          |  | Segundo Nombre          |  | America     |  |  |  |      |  |    |  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |    |    |         |  |         |  |  |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |       |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |  |  |                   |  |    |    |        |  |         |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |    |    |         |  |         |  |          |  | Doc. de Identidad       |  | CC 27999409 |  |  |  | Edad |  | 64 |  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |    |    |         |  |         |  |  |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |       |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |  |  |                   |  |    |    |        |  |         |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |    |    |         |  |         |  |          |  | Dirección de residencia |  |             |  |  |  |      |  |    |  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |    |    |         |  |         |  |  |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |       |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |  |  |                   |  |    |    |        |  |         |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| E-mail                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |    |    |         |  |         |  |          |  |                         |  |             |  |  |  |      |  |    |  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |    |    |         |  |         |  |  |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |       |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |  |  |                   |  |    |    |        |  |         |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Institución Educativa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |    |    |         |  |         |  |          |  |                         |  |             |  |  |  |      |  |    |  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |    |    |         |  |         |  |  |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |       |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |  |  |                   |  |    |    |        |  |         |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="10">DATOS FAMILIARES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">Nombre del Padre</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Ocupación</td> <td colspan="4"></td> <td colspan="2">Celular</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Dirección de residencia</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nombre de la Madre</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Ocupación</td> <td colspan="4"></td> <td colspan="2">Celular</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Dirección de residencia</td> <td colspan="8"></td> </tr> </tbody> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |    |    |         |  |         |  |          |  | DATOS FAMILIARES        |  |             |  |  |  |      |  |    |  | Nombre del Padre                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Ocupación |  |    |    |         |  | Celular |  |  |  | Dirección de residencia |  |    |    |        |  |  |  |       |  | Nombre de la Madre      |  |    |    |        |  |  |  |  |  | Ocupación         |  |    |    |        |  | Celular |  |  |  | Dirección de residencia        |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DATOS FAMILIARES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |    |    |         |  |         |  |          |  |                         |  |             |  |  |  |      |  |    |  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |    |    |         |  |         |  |  |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |       |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |  |  |                   |  |    |    |        |  |         |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nombre del Padre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |    |    |         |  |         |  |          |  |                         |  |             |  |  |  |      |  |    |  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |    |    |         |  |         |  |  |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |       |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |  |  |                   |  |    |    |        |  |         |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ocupación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |    |    |         |  | Celular |  |          |  |                         |  |             |  |  |  |      |  |    |  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |    |    |         |  |         |  |  |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |       |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |  |  |                   |  |    |    |        |  |         |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dirección de residencia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |    |    |         |  |         |  |          |  |                         |  |             |  |  |  |      |  |    |  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |    |    |         |  |         |  |  |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |       |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |  |  |                   |  |    |    |        |  |         |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nombre de la Madre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |    |    |         |  |         |  |          |  |                         |  |             |  |  |  |      |  |    |  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |    |    |         |  |         |  |  |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |       |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |  |  |                   |  |    |    |        |  |         |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ocupación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |    |    |         |  | Celular |  |          |  |                         |  |             |  |  |  |      |  |    |  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |    |    |         |  |         |  |  |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |       |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |  |  |                   |  |    |    |        |  |         |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dirección de residencia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |    |    |         |  |         |  |          |  |                         |  |             |  |  |  |      |  |    |  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |    |    |         |  |         |  |  |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |       |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |  |  |                   |  |    |    |        |  |         |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="10">DATOS MÉDICOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="10">Nombre del Seguro Médico o E.P.S.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Sisben</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td colspan="2">Puntaje</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Fracturas</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td colspan="2">Cuándo</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">Dónde</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Problemas respiratorios</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td colspan="2">Cuáles</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Toma Medicamentos</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td colspan="2">Cuáles</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">En caso de emergencia llamar a</td> <td colspan="4"></td> <td colspan="2">Teléfono</td> </tr> <tr> <td colspan="10">A continuación como estudiante responsable del participante firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo.</td> </tr> <tr> <td colspan="10">  </td> </tr> <tr> <td colspan="10">Firma Y Cédula Acudiente</td> </tr> </tbody> </table> |  |    |    |         |  |         |  |          |  | DATOS MÉDICOS           |  |             |  |  |  |      |  |    |  | Nombre del Seguro Médico o E.P.S. |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Sisben    |  | SI | NO | Puntaje |  |         |  |  |  | Fracturas               |  | SI | NO | Cuándo |  |  |  | Dónde |  | Problemas respiratorios |  | SI | NO | Cuáles |  |  |  |  |  | Toma Medicamentos |  | SI | NO | Cuáles |  |         |  |  |  | En caso de emergencia llamar a |  |  |  |  |  |  |  | Teléfono |  | A continuación como estudiante responsable del participante firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Firma Y Cédula Acudiente |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |    |    |         |  |         |  |          |  |                         |  |             |  |  |  |      |  |    |  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |    |    |         |  |         |  |  |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |       |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |  |  |                   |  |    |    |        |  |         |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |    |    |         |  |         |  |          |  |                         |  |             |  |  |  |      |  |    |  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |    |    |         |  |         |  |  |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |       |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |  |  |                   |  |    |    |        |  |         |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sisben                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | SI | NO | Puntaje |  |         |  |          |  |                         |  |             |  |  |  |      |  |    |  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |    |    |         |  |         |  |  |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |       |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |  |  |                   |  |    |    |        |  |         |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fracturas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | SI | NO | Cuándo  |  |         |  | Dónde    |  |                         |  |             |  |  |  |      |  |    |  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |    |    |         |  |         |  |  |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |       |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |  |  |                   |  |    |    |        |  |         |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | SI | NO | Cuáles  |  |         |  |          |  |                         |  |             |  |  |  |      |  |    |  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |    |    |         |  |         |  |  |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |       |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |  |  |                   |  |    |    |        |  |         |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | SI | NO | Cuáles  |  |         |  |          |  |                         |  |             |  |  |  |      |  |    |  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |    |    |         |  |         |  |  |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |       |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |  |  |                   |  |    |    |        |  |         |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |    |    |         |  |         |  | Teléfono |  |                         |  |             |  |  |  |      |  |    |  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |    |    |         |  |         |  |  |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |       |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |  |  |                   |  |    |    |        |  |         |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A continuación como estudiante responsable del participante firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |    |    |         |  |         |  |          |  |                         |  |             |  |  |  |      |  |    |  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |    |    |         |  |         |  |  |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |       |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |  |  |                   |  |    |    |        |  |         |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |    |    |         |  |         |  |          |  |                         |  |             |  |  |  |      |  |    |  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |    |    |         |  |         |  |  |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |       |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |  |  |                   |  |    |    |        |  |         |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Firma Y Cédula Acudiente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |    |    |         |  |         |  |          |  |                         |  |             |  |  |  |      |  |    |  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |    |    |         |  |         |  |  |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |       |  |                         |  |    |    |        |  |  |  |  |  |                   |  |    |    |        |  |         |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |          |  |                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Alcaldía Municipal de Gramalote  
N°: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Cusco Urbano  
contrataciones@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co





**AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, \_\_\_\_\_ mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ Expedida en \_\_\_\_\_, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) \_\_\_\_\_ participe del PROYECTO denominado – **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE –FASE II -VIGENCIA 2024**”, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

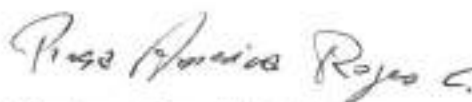
Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,



Nombre y firma Acudiente

Nombre y firma de Participante

C.C.

C.C.

Celular:

Celular:

Email:

Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
contactacion@gramalote.nortesantander.gov.co  
www.gramalote.nortesantander.gov.co



**ALCALDÍA DE**  
**GRAMALOTE**  
**2024-2027**



|                                                                                   |                                                                                                                |                 |  |                       |  |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--|-----------------------|--|------------------|
|  | REPÚBLICA DE COLOMBIA – DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER<br>ALCALDÍA MUNICIPAL DE GRAMALOTE<br>NR 890 501.484-1 |                 |  |                       |  | CÓDIGO: F_GG_08  |
|                                                                                   | LISTADO DE ASISTENCIA                                                                                          |                 |  |                       |  | VERSIÓN: 3.0     |
|                                                                                   |                                                                                                                |                 |  |                       |  | FECHA: 19/7/2024 |
| Evento                                                                            | Ensayos de Danzas.                                                                                             |                 |  |                       |  |                  |
| Tema/Actividad:                                                                   |                                                                                                                |                 |  |                       |  |                  |
| Fecha:                                                                            |                                                                                                                | Hora de inicio: |  | Hora de finalización: |  | Lugar:           |
| Responsable:                                                                      | ANGIE VANESA CALDAS TORRES                                                                                     |                 |  |                       |  |                  |

Avise por escrito libre, voluntaria y expresa e informada al Municipio de Gramalote, para que registre y tome los datos personales que usted suministre en el presente registro, en los registros fotográficos por medios que se indique y donde el evento se desarrolle para generar comunicaciones internas, externas, informes autorizados públicos por administrativos, divulgación del evento en redes sociales, página web de la Alcaldía, afiches, servicios radiofonías. Así mismo, como responsable del desarrollo de los datos personales debe comprometerse, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y del Decreto 1317 de 2011, informar al titular de los datos personales que la acción no genera ningún derecho, acceder a sus datos, actualizar, consultar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autenticidad de los datos, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de los datos, presentar quejas ante la Superintendencia de Protección de Datos y en general, sobre los derechos consagrados en el artículo 8 de la Ley 1581 de 2012.

| Item | Nombre y apellidos      | Número de identificación | Cargo Alcaldía Municipal de Gramalote o Cargo Entidad que representa | Firma                      |
|------|-------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 1    | Laura Mariana Gutierrez | 27719073                 | Comunidad                                                            | Laura Mariana Gutierrez T. |
| 2    | Florencia Catana C      | 27718280                 | Comunidad                                                            | Florencia Catana C         |
| 3    | Teresa Penaranda B      | 27719673                 | Comunidad                                                            | Teresa Penaranda B         |
| 4    | Ana Cecilia Mendoza     | 27718634                 | Comunidad                                                            | Ana Cecilia Mendoza        |
| 5    | Rosa Emilia Madina      | 27719022                 | Comunidad                                                            | Rosa E. de Buena           |
| 6    | Blanca Cecilia Flores   | 27747740                 | Comunidad                                                            | Blanca Cecilia Flores      |
| 7    | Erika Rosa Garcia       | 27886963                 | Comunidad                                                            | Erika Rosa Garcia          |
| 8    | Luz Melia Perez         | 27715413                 | Estudiante                                                           | Luz Melia Perez            |
| 9    | Olivia del Valle Villa  | 4279732                  | Estudiante                                                           | Olivia del Valle Villa     |
| 10   | Rosa America Rojas      | 27714404                 | Estudiante                                                           | Rosa America Rojas         |
| 11   |                         |                          |                                                                      |                            |
| 12   |                         |                          |                                                                      |                            |
| 13   |                         |                          |                                                                      |                            |
| 14   |                         |                          |                                                                      |                            |
| 15   |                         |                          |                                                                      |                            |
| 16   |                         |                          |                                                                      |                            |
| 17   |                         |                          |                                                                      |                            |
| 18   |                         |                          |                                                                      |                            |
| 19   |                         |                          |                                                                      |                            |
| 20   |                         |                          |                                                                      |                            |
| 21   |                         |                          |                                                                      |                            |
| 22   |                         |                          |                                                                      |                            |
| 23   |                         |                          |                                                                      |                            |
| 24   |                         |                          |                                                                      |                            |
| 25   |                         |                          |                                                                      |                            |







FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA PROCESOS DE FORMACIÓN  
EN EL MARCO DE LA CONVOCATORIA DEL PNCC  
(Programa Nacional de Concertación Cultural)

página 1 de 2  
Código: F-GFE-021  
Versión: 0  
Fecha: 31/05/2024

| NOMBRE DEL PROYECTO: ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024 |                       |                           |      |                                                      | Nº DE CONVENIO: 2653-2024                     |                        |                                                          |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------|------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------|----------------------------------------------------------|------------------|
| NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN O ENTIDAD APOYADA: ALCALDIA DE GRAMALOTE                                     |                       |                           |      |                                                      | FECHA:                                        |                        |                                                          |                  |
| RESPONSABLE: Angie Vanesa Caldas Torres                                                                |                       |                           |      |                                                      | LUGAR: CASADE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA |                        |                                                          |                  |
| DEPARTAMENTO DE REALIZACIÓN: NORTE DE SANTANDER                                                        |                       |                           |      |                                                      | MUNICIPIO: GRAMALOTE                          |                        |                                                          |                  |
| No.                                                                                                    | NOMBRE Y APELLIDOS    | Nº DOCUMENTO DE IDENTIDAD | EDAD | GÉNERO (hombre, mujer, no binario, otro especifique) | PERTENENCIA ÉTNICA (NASP, indígena, Rom)      | DISCAPACIDAD (SI - NO) | CORREO ELECTRÓNICO                                       | FIRMA            |
| 1                                                                                                      | Guadalupe Castellanos |                           | 9    | Mujer                                                |                                               | NO                     |                                                          |                  |
| 2                                                                                                      | Niraya Gómez          | 1148145651                | 25   | mujer                                                |                                               | NO                     | ballosterosGladys9997@gmail.com                          | Gladys Gómez     |
| 3                                                                                                      | Genaldin Sofia U      |                           | 13   | mujer                                                |                                               | NO                     | <del>Genaldin Sofia U</del>                              | Genaldin Sofia U |
| 4                                                                                                      | Shaiva Hernández      | 1094057064                | 12   | mujer                                                |                                               | NO                     | <del>Shaiva Hernández</del>                              | Shaiva Hernández |
| 5                                                                                                      | Daniela Sandoval M    | 1092947143                | 14   | mujer                                                |                                               | NO                     | SandovalProfella@ethi                                    | Daniela          |
| 6                                                                                                      | Evana Castellanos     | 1091363485                | 13   | Mujer                                                |                                               | NO                     | Desda@9mef.com<br>Juanca Castellanos<br>dimingo@9mef.com |                  |
| 7                                                                                                      | Nicolá Estefani       |                           | 9    | mujer                                                |                                               | NO                     |                                                          |                  |
| 8                                                                                                      | Angel Sebastian       |                           | 8    | hombre                                               |                                               | NO                     |                                                          | ANGEL SEBASTIAN  |
| 9                                                                                                      | KRIS                  |                           | 4    | hombre                                               |                                               |                        |                                                          |                  |
| 10                                                                                                     | KAROL SALOMÉ          | 7.69254289                | 10   | mujer                                                |                                               |                        |                                                          |                  |
| 11                                                                                                     | Luisa Leda            | 1.09199798                | 9    | Mujer                                                |                                               |                        |                                                          |                  |
| 12                                                                                                     | Sofia Andrade         | 1.127.6142                | 10   | mujer                                                |                                               | NO                     |                                                          | Luisa            |
| 13                                                                                                     | SARA VALENTINA        |                           | 9    | Mujer                                                |                                               | NO                     |                                                          | Sofia Andrade    |
| 14                                                                                                     | Vanessa Lobo          |                           | 10   | Mujer                                                |                                               | NO                     |                                                          |                  |
| 15                                                                                                     |                       |                           |      |                                                      |                                               |                        |                                                          |                  |
| 16                                                                                                     |                       |                           |      |                                                      |                                               |                        |                                                          |                  |

1. The first part of the document discusses the importance of maintaining accurate records of all transactions.

2. It then goes on to describe the various methods used to collect and analyze data.

3. Finally, it concludes by emphasizing the need for ongoing monitoring and evaluation.

4. The second part of the document focuses on the challenges faced by researchers in this field.

5. It identifies several key areas where further research is needed.

6. The third part of the document provides a detailed overview of the current state of the field.

7. It discusses the progress made in recent years and the potential for future breakthroughs.

8. The fourth part of the document offers a critical analysis of the existing literature.

9. It highlights the strengths and weaknesses of different research approaches.

10. The fifth part of the document presents a series of recommendations for future research.

11. It suggests specific areas for investigation and the methods to be used.

12. The sixth part of the document discusses the implications of the findings for practice.

13. It explores the potential for applying the research to real-world situations.

14. The seventh part of the document provides a summary of the key points.

15. It concludes by reiterating the importance of continued research in this area.



|                                                                                   |                                                                                                                 |                 |  |                       |  |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--|-----------------------|--|------------------|
|  | REPUBLICA DE COLOMBIA - DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER<br>ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE<br>NIT 890.303.404-1 |                 |  |                       |  | CÓDIGO: F_GC_06  |
|                                                                                   | LISTADO DE ASISTENCIA                                                                                           |                 |  |                       |  | VERSIÓN: 1.0     |
|                                                                                   |                                                                                                                 |                 |  |                       |  | FECHA: 15/7/2024 |
| Evento: Ensayos de Danzas                                                         |                                                                                                                 |                 |  |                       |  |                  |
| Tema/Actividad:                                                                   |                                                                                                                 |                 |  |                       |  |                  |
| Fecha:                                                                            |                                                                                                                 | Hora de inicio: |  | Hora de finalización: |  | Lugar:           |
| Responsable: ANGIE VANESA CALDAS TORRES                                           |                                                                                                                 |                 |  |                       |  |                  |

Aviso de forma de entrega y entrega a la Alcaldía Municipal de Gramalote, para que mediante el presente registro, en los registros fotográficos o en los registros de audio durante el evento, así como para generar comunicaciones, informes, informes de actividades, divulgación del evento en redes sociales, página web de la Alcaldía, ofrecer servicios institucionales. Del mismo, como resultado del desarrollo de las actividades generadas por el evento, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y del Decreto 1077 de 2013, informo al titular de los datos personales que se están los siguientes derechos: acceder a sus datos personales, consultar, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar la eliminación de los datos personales, revocar la autorización por escrito la transmisión de los datos, presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio y en general todas las acciones contempladas en el artículo 17 de la Ley 1581 de 2012.

| Item | Nombre y apellidos         | Número de identificación | Cargo Alcaldía Municipal de Gramalote o Cargo Entidad que representa | Firma                                                                               |
|------|----------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 1    | Maria Isabella Carvajal C. | 109980104                | Alumno                                                               |  |
| 2    | Maria Isabella Gomez       | 109300000                | Alumno                                                               | Isabella G.                                                                         |
| 3    | Pomier Ruiz                | 102692322                | Alumno                                                               |  |
| 4    | Rafael David Patiño G.     | 105840191                |                                                                      |  |
| 5    | Thaliona Ayala Cal         | 1092156536               |                                                                      | Thaliona                                                                            |
| 6    | Maria Jose Gomez           | 1004052115               |                                                                      | Maria Jose                                                                          |
| 7    | Nohevia Ortega             | 1091945561               |                                                                      | Nohevia Ortega                                                                      |
| 8    | Maria Jose Soto            | 1092547980               |                                                                      | Maria Jose Soto                                                                     |
| 9    | Karen Yelitza Cels         |                          |                                                                      | Karen Yelitza                                                                       |
| 10   | Dafnara Nieto Qui          | 1092157182               |                                                                      | Dafnara Nieto                                                                       |
| 11   | Danna Valentina Sandoval   | 1092156402               |                                                                      | Danna Sandoval                                                                      |
| 12   | ANGIE FLOREZ M             | 1092952613               |                                                                      | ANGIE FLOREZ.                                                                       |
| 13   | Maria Jose Carrello        | 1051954554               |                                                                      | Maria Jose C.                                                                       |
| 14   | Lucia Valentina Ayala      | 1092157228               |                                                                      | Lucia Ayala.                                                                        |
| 15   | Jiseth Guadalupe S.        | 1094059911               |                                                                      | Jiseth G.                                                                           |
| 16   | Karon Salome Valero        | 1092385439               |                                                                      | Karon                                                                               |
| 17   | Luisa Juliana Peñaranda    | 1091943564               |                                                                      | Luisa Peñaranda.                                                                    |
| 18   | Paola Isabella Rojas       | 1094054574               |                                                                      | Paola Rojas                                                                         |
| 19   | Maria Guadalupe C.         | 1094167611               |                                                                      | Maria Guadalupe                                                                     |
| 20   | Jesus Adrian Basto         | 1094057700               |                                                                      | Jesus Basto                                                                         |
| 21   | Laura Marini G             | 27719013                 |                                                                      | Laura.                                                                              |
| 22   | Maya Alejandra F.          | 1092155721               |                                                                      | Maya Alejandra                                                                      |
| 23   | Danna Sierra R.            | 1092764634               |                                                                      | Danna Sierra                                                                        |
| 24   | Maria Fernanda T.          | 1092156411               |                                                                      | Maria Fernanda                                                                      |
| 25   | Sara Patiño G.             | 1096615541               |                                                                      | Sara P.                                                                             |



## INFORME DEL PROCESO FORMATIVO AREA ARTÍSTICA O CULTURAL

| FECHA DILIGENCIAMIENTO              |                                                             | 16 DE DICIEMBRE DE 2024         |                                                          |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------|
| MUNICIPIO:                          | GRAMALOTE                                                   | NÚMERO DEL CONVENIO             | 02766_2024                                               |
| LUGAR DE LA FORMACIÓN ARTÍSTICA     | SALON DE MUSICA – CASA DE LA CULTURA MUNICIPIO DE GRAMALOTE | FECHA INICIO DEL CONVENIO       | 14 DE NOVIEMBRE DE 2024                                  |
| SECTOR (RURAL O URBANO)             | URBANO Y RURAL                                              | FECHA FINALIZACIÓN DEL CONVENIO | 30 DE DICIEMBRE DE 2024                                  |
| AREA:                               | MUSICA                                                      | HORARIOS CLASES                 | DE LUNES A SABADO<br>DE 8:00 A 12 M<br>DE 2:00 A 6:00 PM |
|                                     |                                                             | No de HORAS PROGRAMADAS         | 276                                                      |
| TOTAL, DE BENEFICIARIOS PROYECTADOS | 51                                                          | 1                               | JUVENTUD 18-24 8                                         |
|                                     |                                                             | 22                              | ADULTO MAYOR 60 1                                        |
|                                     |                                                             | 11                              | OTROS 25-60 8                                            |
| FORMADOR                            | JOAQUIN CASADIEGO BAYONA                                    | CELULAR FORMADOR                | 3118543132                                               |
| SUPERVISOR MUNICIPAL                | MARIA CAMILA VALCARCEL SANDOVAL                             | E. MAIL FORMADOR                | joacocasa@hotmail.com                                    |
|                                     |                                                             | TELEFONO SUPERVISOR             | 3208043088                                               |



# **INFORME PEDAGÓGICO DEL PROCESO DE FORMACIÓN ARTÍSTICA** **ÁREA DE MÚSICA**

| NIVEL DE FORMACIÓN                             | FORMACIÓN INICIAL                                                                                                                                                        | CANTIDAD DE PARTICIPANTES ( 51 ) | MES: NOVIEMBRE                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBJETIVO NIVEL DE FORMACIÓN                    | Presentar a los estudiantes las diversas alternativas de expresión musical, de modo que conozcan sus raíces y las expresiones musicales propias de nuestro departamento. |                                  |                                                                                                                                                                                     |
| TEMA                                           | DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD                                                                                                                                                    | HORAS EJECUTADAS                 | RESULTADOS O PRODUCTOS                                                                                                                                                              |
| EXPRESIÓN Y COMUNICACIÓN A TRAVÉS DE LA MÚSICA | (Detalle el nombre de la actividad, describa detalladamente cómo la realizó, recursos, materiales, paso a paso)                                                          |                                  | (tener en cuenta el desarrollo del desempeño de las competencias Sensibilidad Perceptiva, producción creación y la comprensión socio cultural, en los participantes).               |
|                                                | Identificar y analizar diferentes géneros musicales en términos de expresión y comunicación.<br>Comunicar ideas, emociones y mensajes a través de la música              | 130                              | Fortalecer las habilidades interpretativas, críticas y comunicativas en el contexto de la música, para que enfrenten desafíos artísticos y académicos con confianza y sensibilidad. |
| HORAS ADMINISTRATIVAS                          | PREPARACION DE INFORMES, Y PREPARACION DE CLASES ORGANIZACIÓN DE MATERIAL A UTILIZAR.                                                                                    | 8                                | CONSOLIDACION DE LA INFORMACION PARA LAS ORGANIZACIONES QUE LO REQUIERAN.                                                                                                           |
| TOTAL HORAS MES                                |                                                                                                                                                                          | 138                              |                                                                                                                                                                                     |
| OBSERVACIONES                                  |                                                                                                                                                                          |                                  |                                                                                                                                                                                     |

|                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>EVIDENCIAS DEL PROCESO FORMATIVO</b>                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                        |
| <b>Anexa:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fichas de inscripción</li> <li>• Base de seguimiento participación de inscritos (Excel digital).</li> <li>• Registros de asistencia</li> <li>• Ficha de Población Atendida.</li> </ul> |                                                                                                                                                                        |
| <b>REGISTRO FOTOGRAFICO</b><br>(Colocar dos imágenes por cada actividad realizada del proceso formativo artístico realizado en el mes)                                                                                                        |                                                                                                                                                                        |
|                                                                        |   |
| CLASES FORMATIVAS DE MUSICA- CASA DE LA CULTURA                                                                                                                                                                                               | CLASES FORMATIVAS DE MUSICA- CASA DE LA CULTURA                                                                                                                        |

## INFORME PEDAGÓGICO DEL PROCESO DE FORMACIÓN ARTÍSTICA ÁREA DE MÚSICA

| NIVEL DE FORMACIÓN                                                                | FORMACIÓN INICIAL                                                                                                                                                        | CANTIDAD DE PARTICIPANTES ( 51 ) | MES: DICIEMBRE                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBJETIVO NIVEL DE FORMACIÓN                                                       | Presentar a los estudiantes las diversas alternativas de expresión musical, de modo que conozcan sus raíces y las expresiones musicales propias de nuestro departamento. |                                  |                                                                                                                                                                                                        |
| TEMA                                                                              | DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD<br><i>(Detalle el nombre de la actividad, describa detalladamente cómo la realizó, recursos, materiales, paso a paso)</i>                          | HORAS EJECUTADAS                 | RESULTADOS O PRODUCTOS<br><i>(tener en cuenta el desarrollo del desempeño de las competencias Sensibilidad Perceptiva, producción creación y la comprensión socio cultural, en los participantes).</i> |
| EXPRESIONES MUSICALES DEL DEPARTAMENTO                                            | EXPLORAR LOS PRINCIPALES GÉNEROS MUSICALES, SUS CARACTERÍSTICAS, Y COMO ESTAS CARACTERÍSTICAS SE REFLEJA EN LA EXPRESIÓN MUSICAL.                                        | 50                               | EXPLORAR UNA VARIEDAD DE GÉNEROS MUSICALES Y ANALIZAR CÓMO CADA UNO UTILIZA LA EXPRESIÓN Y LA COMUNICACIÓN.                                                                                            |
|                                                                                   | ESCUCHAR PIEZAS MUSICALES DE DIFERENTES GÉNEROS Y REALIZAR EJERCICIOS COMPARATIVOS DE COMO CADA GÉNERO COMUNICA EMOCIONES SIMILARES O DIFERENTES.                        | 50                               |                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                   | IDENTIFICAR LOS INSTRUMENTOS MUSICALES UTILIZADOS EN LAS CANCIONES.                                                                                                      | 30                               |                                                                                                                                                                                                        |
| HORAS ADMINISTRATIVAS                                                             | PREPARACIÓN DE INFORMES, Y PREPARACIÓN DE CLASES ORGANIZACIÓN DE MATERIAL A UTILIZAR.                                                                                    | 8                                | CONSOLIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN PARA LAS ORGANIZACIONES QUE LO REQUIERAN.                                                                                                                              |
| TOTAL HORAS MES                                                                   |                                                                                                                                                                          | 138                              |                                                                                                                                                                                                        |
| OBSERVACIONES (DETALLAR SI REALIZA ARTICULACIÓN CON ALGUNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA) |                                                                                                                                                                          |                                  |                                                                                                                                                                                                        |

## EVIDENCIAS DEL PROCESO FORMATIVO ARTÍSTICO

Anexa:



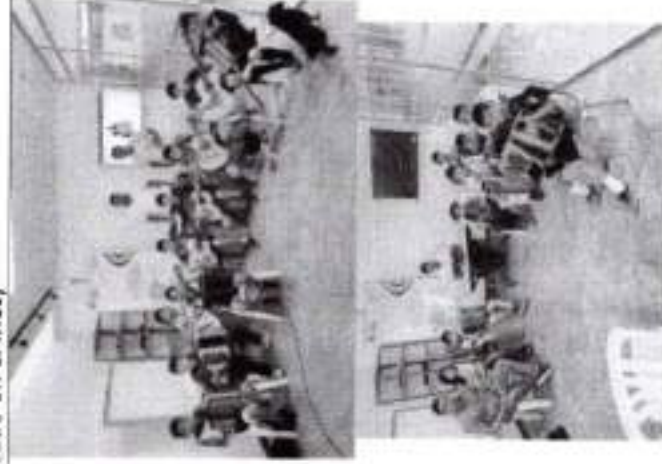
- Fichas de inscripción.
- Base de seguimiento participación de inscritos (Excel digital).
- Registros de asistencia
- Ficha de Población Atendida

**REGISTRO FOTOGRÁFICO**

(Colocar dos imágenes por cada actividad realizada del proceso formativo artístico realizado en el mes)



CLASES FORMATIVAS DE MUSICA- CASA DE LA CULTURA



CLASES FORMATIVAS DE MUSICA- CASA DE LA CULTURA

**JOAQUIN CASADIEGO BAYONA**  
FIRMA DEL FORMADOR

**MARIA CAMILA VALCARCEL SANDOVAL**  
FIRMA DEL SUPERVISOR MUNICIPAL O COOR DE CULTURA

## INFORME FINAL

|                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                   |                   |                                                 |                   |   |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------------------------------------|-------------------|---|
| CONTRATO /<br>CONVENIO No. :               | 02766-2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                   | TIPO DE CONTRATO: |                   | Convenio de Asociación<br>Contrato Directo ESAL |                   |   |
| PERIODO DEL<br>INFORME:                    | Fecha Desde:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 14 NOVIEMBRE 2024 | Fecha Hasta:      | 30 DICIEMBRE 2024 | Fecha de Entrega de Informe:                    | 17 DICIEMBRE 2024 | X |
| NOMBRE DE LA<br>ENTIDAD:                   | ALCALDÍA MUNICIPAL DE GRAMALOTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                   |                   |                                                 |                   |   |
| REPRESENTANTE<br>LEGAL:                    | ALVARO CARDOZO RIAÑO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                   |                   |                                                 |                   |   |
| OBJETO DEL<br>CONTRATO:                    | <p>Desarrollar un proceso de formación artística y cultural en las áreas de <b>DANZA, ARTES PLASTICAS Y MUSICA</b> en el municipio de GRAMALOTE, Norte de Santander en desarrollo del proyecto de Fortalecimiento y Fomento de proceso de formación para la creación y gestión de la cultura, el cual está inscrito por la Secretaría de Cultura en el Banco de Proyectos 2023</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                   |                   |                   |                                                 |                   |   |
| PROCESOS /<br>COMPROMISOS<br>CONTRACTUALES | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ejecutar y desarrollar las actividades estrictamente apegados a los lineamientos curriculares del proyecto de Escuelas de Formación Artística y cultural del departamento Norte de Santander.</li> <li>2. Ejecutar y destinar los recursos aportados exclusivamente para el objeto del presente convenio en las áreas concertadas.</li> <li>3. Poner a disposición, bajo su autonomía y exclusiva responsabilidad, la infraestructura física, administrativa, financiera, técnica y logística que se requiera para el desarrollo de todas las actividades necesarias para dar cabal cumplimiento al objeto del convenio.</li> <li>4. Incorporar al presupuesto del Municipio la totalidad de los recursos aportados por el Departamento.</li> <li>5. Administrar los recursos aportados por el Departamento, en una cuenta en el Instituto Financiero para el Desarrollo del Norte de Santander (IFINORTE) según Ordenanza No. 0029 del 07 de diciembre de 2004, destinada para dichos recursos.</li> <li>6. Los dineros aportados por el departamento son inembargables, por lo tanto, en caso que se afecten los mismos con medida cautelar alguna, el Municipio por su cuenta deberá iniciar las gestiones legales pertinentes para el levantamiento de dicha medida cautelar.</li> <li>7. Ejecutar y desarrollar las actividades del convenio estrictamente apegados a los lineamientos curriculares del proyecto de Escuelas de Formación Artística y cultural del departamento Norte de Santander.</li> <li>8. Diseñar y desarrollar una estrategia de promoción, difusión y divulgación de las actividades previstas en el proyecto.</li> <li>9. Ofrecer apoyo logístico que garantice la participación de los formadores locales en el proceso de formación de formadores y actividades de socialización entre la comunidad participante y entrega de informes.</li> <li>10. Informar en un lugar visible de la Alcaldía Municipal o la Casa de la Cultura del Municipio el monto de los recursos recibidos, el total de la</li> </ol> |                   |                   |                   |                                                 |                   |   |

Fortalecimiento y acceso efectivo a procesos culturales y artísticos en Norte de Santander, el cual está inscrito por la Secretaría de Cultura en el Banco de Proyectos 2024004540085

















**INSCRIPCIÓN Y  
CONSENTIMIENTO ÁREA DE  
MUSICA**



**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE**
**FORMATO DE INSCRIPCIÓN. Nº** 1
**"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".**

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES        |                                   |       |          |
|-------------------------|-----------------------------------|-------|----------|
| Primer Apellido         | Becerra                           |       |          |
| Segundo Apellido        | Botello                           |       |          |
| Primer Nombre           | Jairo                             |       |          |
| Segundo Nombre          | Estiven                           |       |          |
| Doc. de Identidad       | 1092155702                        | Edad  | 16       |
| Dirección de residencia | Finca el llorito Vereda Villanova |       | Teléfono |
| E-mail                  |                                   |       | Celular  |
| Institución Educativa   | Instituto Tecnico Agrícola        | Grado | 11       |

| DATOS FAMILIARES        |                                   |         |            |
|-------------------------|-----------------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Jesus Humberto Becerra Vega       |         |            |
| Ocupación               | Agricultor                        | Celular | 3119447464 |
| Dirección de residencia | Finca el llorito Vereda Villanova |         |            |
| Nombre de la Madre      | Adriana Yasmid Botello Daza       |         |            |
| Ocupación               | Ama de casa                       | Celular | 3202385653 |
| Dirección de residencia | Finca el llorito Vereda Villanova |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                           |    |    |          |          |         |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----------|----------|---------|--|--|
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                       |    |    |          |          |         |  |  |
| Soben                                                                                                                                   | SI | NO | Puntaje  |          |         |  |  |
| Fracturas                                                                                                                               | SI | NO | Calendro |          |         |  |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                 |    |    | SI       | NO       | Cualles |  |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                       |    |    | SI       | NO       | Cualles |  |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                          |    |    |          | Teléfono |         |  |  |
| A continuación como responsable del participante firma su consentimiento y se compromete a cumplir con las reglas del presente formato. |    |    |          |          |         |  |  |
| Firma Y Cedula Académica                                                                                                                |    |    |          |          |         |  |  |

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

 CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
 contratación@gramalote-nortedesantander.gov.co  
 www.gramalote-nortedesantander.gov.co

**ALCALDÍA DE**  
**GRAMALOTE**  
**2024-2027**



**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE**
**FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N°** 2
**"ESCUELA DE FORMACIÓN ARTÍSTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".**

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES        |                                    |      |                                                                                     |            |  |
|-------------------------|------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|--|
| Primer Apellido         | Botello Becerra                    |      |  |            |  |
| Segundo Apellido        | Botello                            |      |                                                                                     |            |  |
| Primer Nombre           | Nicol                              |      |                                                                                     |            |  |
| Segundo Nombre          | Stefany                            |      |                                                                                     |            |  |
| Doc. de Identidad       | 1094333430                         | Edad |                                                                                     |            |  |
| Dirección de residencia | Finca El Llanto Veredas Villanueva |      | Teléfono                                                                            |            |  |
| E-mail                  |                                    |      | Celular                                                                             | 3202385653 |  |
| Institución Educativa   | Escuela Rural Villanueva           |      | Grado                                                                               | 4          |  |

| DATOS FAMILIARES        |                                    |         |            |  |  |
|-------------------------|------------------------------------|---------|------------|--|--|
| Nombre del Padre        | Jesús Humberto Becerra Vega        |         |            |  |  |
| Ocupación               | Agricultor                         | Celular | 3115112161 |  |  |
| Dirección de residencia | Finca El Llanto Veredas Villanueva |         |            |  |  |
| Nombre de la Madre      | Adriana Yessid Botello Becerra     |         |            |  |  |
| Ocupación               | Ama de casa                        | Celular | 3202385653 |  |  |
| Dirección de residencia | Finca El Llanto Veredas Villanueva |         |            |  |  |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |    |         |          |       |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----------|-------|--|
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                  |    |         |          |       |  |
| Si                                                                                                                                                 | NO | Puntaje |          |       |  |
| Fracturas                                                                                                                                          | SI | NO      | Cuándo   | Dónde |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            | SI | NO      | Cuáles   |       |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  | SI | NO      | Cuáles   |       |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     |    |         | Teléfono |       |  |
| A continuación como asistente responsable del participante firmo el consentimiento y me comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo. |    |         |          |       |  |
| Firma Y Cédula Asistente                                                                                                                           |    |         |          |       |  |

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
 Nit: 890.501.404-1

 CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
[contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co](mailto:contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co)  
[www.gramalote-nortedesantander.gov.co](http://www.gramalote-nortedesantander.gov.co)

**ALCALDÍA DE**  
**GRAMALOTE**  
 2024-2027

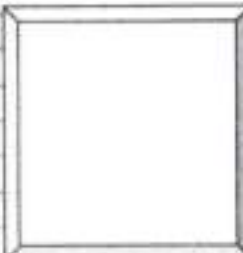






**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE**
**FORMATO DE INSCRIPCIÓN. Nº 3**
**"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".**

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES                                                                                                                                          |  |                                 |  |      |         |          |                                                                                     |            |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------|--|------|---------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|--|--|
| Primer Apellido                                                                                                                                           |  | Becerra                         |  |      |         |          |  |            |  |  |
| Segundo Apellido                                                                                                                                          |  | Botello                         |  |      |         |          |                                                                                     |            |  |  |
| Primer Nombre                                                                                                                                             |  | Katherin                        |  |      |         |          |                                                                                     |            |  |  |
| Segundo Nombre                                                                                                                                            |  | Yveth                           |  |      |         |          |                                                                                     |            |  |  |
| Doc. de identidad                                                                                                                                         |  | 1093302740                      |  | Edad |         | 13       |                                                                                     |            |  |  |
| Dirección de residencia                                                                                                                                   |  | Finca el Huevo Vereda Villanova |  |      |         | Teléfono |                                                                                     |            |  |  |
| E-mail                                                                                                                                                    |  |                                 |  |      |         | Celular  |                                                                                     | 3202385653 |  |  |
| Institución Educativa                                                                                                                                     |  | Instituto Tecnico Agrícola      |  |      |         | Grado    |                                                                                     | 9          |  |  |
| DATOS FAMILIARES                                                                                                                                          |  |                                 |  |      |         |          |                                                                                     |            |  |  |
| Nombre del Padre                                                                                                                                          |  | Jesús Humberto Becerra Vega     |  |      |         |          |                                                                                     |            |  |  |
| Ocupación                                                                                                                                                 |  | Agricultor                      |  |      | Celular |          | 3112117161                                                                          |            |  |  |
| Dirección de residencia                                                                                                                                   |  | Finca el Huevo Vereda Villanova |  |      |         |          |                                                                                     |            |  |  |
| Nombre de la Madre                                                                                                                                        |  | Adriana Yasmil Botello Daza     |  |      |         |          |                                                                                     |            |  |  |
| Ocupación                                                                                                                                                 |  | Amo de casa                     |  |      | Celular |          | 3202385653                                                                          |            |  |  |
| Dirección de residencia                                                                                                                                   |  | Finca el Huevo Vereda Villanova |  |      |         |          |                                                                                     |            |  |  |
| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                             |  |                                 |  |      |         |          |                                                                                     |            |  |  |
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                         |  |                                 |  |      |         |          |                                                                                     |            |  |  |
| Sistema                                                                                                                                                   |  | SI                              |  | NO   |         | Funtaje  |                                                                                     |            |  |  |
| Fracturas                                                                                                                                                 |  | SI                              |  | NO   |         | Cuándo   |                                                                                     | Dónde      |  |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                                   |  |                                 |  | SI   |         | NO       |                                                                                     | Cuáles     |  |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                         |  |                                 |  | SI   |         | NO       |                                                                                     | Cuáles     |  |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                            |  |                                 |  |      |         | Teléfono |                                                                                     |            |  |  |
| A continuación como el representante responsable del participante firma el consentimiento y me comprometo a cumplir con las reglas del proceso formativo. |  |                                 |  |      |         |          |                                                                                     |            |  |  |
| _____<br>Firma Y Cedula Asistente                                                                                                                         |  |                                 |  |      |         |          |                                                                                     |            |  |  |

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

 CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana D – Nuevo Casco Urbano  
[contratacion@gramalote-nortesantander.gov.co](mailto:contratacion@gramalote-nortesantander.gov.co)  
[www.gramalote-nortesantander.gov.co](http://www.gramalote-nortesantander.gov.co)

**ALCALDÍA DE**  
**GRAMALOTE**  
**2024-2027**

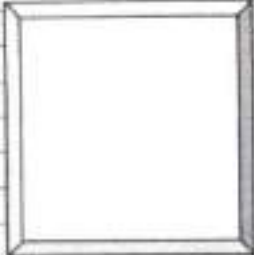


CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 4

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES                                                                                                                                         |                       |    |         |      |    |          |                                                                                     |            |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----|---------|------|----|----------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|--|
| Primer Apellido                                                                                                                                          | LEAL                  |    |         |      |    |          |  |            |  |
| Segundo Apellido                                                                                                                                         | MEDINA                |    |         |      |    |          |                                                                                     |            |  |
| Primer Nombre                                                                                                                                            | FRANCISCO             |    |         |      |    |          |                                                                                     |            |  |
| Segundo Nombre                                                                                                                                           |                       |    |         |      |    |          |                                                                                     |            |  |
| Doc. de identidad                                                                                                                                        | 88162968              |    |         | Edad | 53 |          |                                                                                     |            |  |
| Dirección de residencia                                                                                                                                  | M. b. c. d. e.        |    |         |      |    |          | Teléfono                                                                            | 3214819253 |  |
| E-mail                                                                                                                                                   |                       |    |         |      |    |          | Celular                                                                             | 3214819253 |  |
| Institución Educativa                                                                                                                                    | celegio Simon Bolivar |    |         |      |    |          | Grado                                                                               | 7          |  |
| DATOS FAMILIARES                                                                                                                                         |                       |    |         |      |    |          |                                                                                     |            |  |
| Nombre del Padre                                                                                                                                         |                       |    |         |      |    |          |                                                                                     |            |  |
| Ocupación                                                                                                                                                |                       |    |         |      |    | Celular  |                                                                                     |            |  |
| Dirección de residencia                                                                                                                                  |                       |    |         |      |    |          |                                                                                     |            |  |
| Nombre de la Madre                                                                                                                                       |                       |    |         |      |    |          |                                                                                     |            |  |
| Ocupación                                                                                                                                                |                       |    |         |      |    | Celular  |                                                                                     |            |  |
| Dirección de residencia                                                                                                                                  |                       |    |         |      |    |          |                                                                                     |            |  |
| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                            |                       |    |         |      |    |          |                                                                                     |            |  |
| Nombre del Seguro Médico A.T.P.S.                                                                                                                        |                       |    |         |      |    |          |                                                                                     |            |  |
| Usa                                                                                                                                                      | SI                    | NO | Puntaje |      |    |          |                                                                                     |            |  |
| Fracturas                                                                                                                                                | SI                    | NO | Cuándo  |      |    |          | Dónde                                                                               |            |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                                  | SI                    | NO | Cuáles  |      |    |          |                                                                                     |            |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                        | SI                    | NO | Cuáles  |      |    |          |                                                                                     |            |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                           |                       |    |         |      |    | Teléfono |                                                                                     |            |  |
| A continuación como accidente responsable del participante firma de consentimiento y me comprometo a cumplir con los lineamientos del proceso formativo. |                       |    |         |      |    |          |                                                                                     |            |  |
| Firma Y Cedula Accidente                                                                                                                                 |                       |    |         |      |    |          |                                                                                     |            |  |

Alcaldía Municipal de Gramalote  
NIT: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contrataciones@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
2024-2027





# CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Francisco Leal M. mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 88167969 Expedida en Gramalote en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024**”, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Nombre y firma Acudiente  
C.C.  
Celular:  
Email:

Nombre y firma de Participante  
C.C. 88167969  
Celular:  
Email: 3214819253

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1





**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE**
**FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N°** 5
**"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".**

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES        |                           |      |           |
|-------------------------|---------------------------|------|-----------|
| Primer Apellido         | Vargas                    |      |           |
| Segundo Apellido        | Doria                     |      |           |
| Primer Nombre           | Angelica                  |      |           |
| Segundo Nombre          | Rocio                     |      |           |
| Doc. de Identidad       | 10921548-78               | Edad | 17        |
| Dirección de residencia | M2 32 casa 10 b Gramalote |      | Teléfono  |
| E-mail                  |                           |      | Celular   |
| Institución Educativa   | Sagrado Corazón de Jesús  |      | Grado     |
|                         |                           |      | 322392885 |
|                         |                           |      | 77        |

| DATOS FAMILIARES        |                             |         |           |
|-------------------------|-----------------------------|---------|-----------|
| Nombre del Padre        | Jesus maria Vargas Pinco    |         |           |
| Ocupación               | Oficial Vargas              | Celular | 322398134 |
| Dirección de residencia | M2 32 casa 10 b             |         |           |
| Nombre de la Madre      | Blanca Cecilia Rivera Veloz |         |           |
| Ocupación               | Ama de casa                 | Celular | 322816423 |
| Dirección de residencia | M2 32 casa 10 b             |         |           |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |                                     |    |                                     |                          |  |          |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----|-------------------------------------|--------------------------|--|----------|--|
| Nombre del Seguro Médico o I.P.S.                                                                                                                  |                                     |    |                                     | Comparte                 |  |          |  |
| Sí                                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/>            | Puntaje                  |  |          |  |
| Fracturas                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>            | NO | <input checked="" type="checkbox"/> | Cuando                   |  | Donde    |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            | <input type="checkbox"/>            | NO | <input checked="" type="checkbox"/> | Cuáles                   |  |          |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/>            | NO | <input checked="" type="checkbox"/> | Cuáles                   |  |          |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     |                                     |    |                                     |                          |  | Teléfono |  |
| A continuación como accidente responsable del participante firmo en consentimiento y me comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo. |                                     |    |                                     |                          |  |          |  |
| Blanca Rivera                                                                                                                                      |                                     |    |                                     | Firma y Cédula Académica |  |          |  |
| 1092154167                                                                                                                                         |                                     |    |                                     |                          |  |          |  |

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

 CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana D – Nueva Casa Urbana  
 contrataciones@gramalote-nortedesantander.gov.co  
 www.gramalote-nortedesantander.gov.co

**ALCALDÍA DE**  
**GRAMALOTE**  
**2024-2027**



## CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

### AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Blanca Cecilia Rivera Celozz mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1092154167 Expedida en Gramalote, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Angelica Rocio Vargas Pizaro participe del PROYECTO denominado – **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE –FASE II -VIGENCIA 2024**”, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ **Imagen** ☒ **Frases** ☒ **Declaraciones** ☒ **Testimonios** ☒ **Retrato fotográfico** ☒ **Locaciones** ☒ **Pinturas** ☒ **creaciones** ☒ **Fotografías** ☒ **Videos** ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocido como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Blanca Rivera

Nombre y firma Acudiente

C.C. 1092154167

Celular: 3223816927

Email:

Angelica Vargas

Nombre y firma de Participante

C.C. 1092154898

Celular: 3223192885

Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**

**Nit: 890.501.404-1**

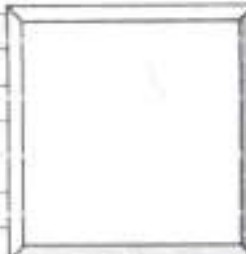


**ALCALDIA DE  
GRAMALOTE**

**2024-2027**

**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE**
**FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N°** 6
**"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".**

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES                                                                    |          |  |  |          |              |                   |            |      |    |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------|--|--|----------|--------------|-------------------|------------|------|----|--|--|
|  |          |  |  |          |              |                   |            |      |    |  |  |
|                                                                                     |          |  |  |          |              | Primer Apellido   | Blanco     |      |    |  |  |
|                                                                                     |          |  |  |          |              | Segundo Apellido  | Sánchez    |      |    |  |  |
|                                                                                     |          |  |  |          |              | Primer Nombre     | Luis       |      |    |  |  |
|                                                                                     |          |  |  |          |              | Segundo Nombre    | González   |      |    |  |  |
|                                                                                     |          |  |  |          |              | Doc. de Identidad | 1092156302 | Edad | 10 |  |  |
| Dirección de residencia                                                             |          |  |  | Teléfono |              |                   |            |      |    |  |  |
| E-mail                                                                              |          |  |  | Celular  | 313 2450 362 |                   |            |      |    |  |  |
| Institución Educativa                                                               | La Garza |  |  | Grado    | 5            |                   |            |      |    |  |  |

| DATOS FAMILIARES        |                   |               |              |  |  |
|-------------------------|-------------------|---------------|--------------|--|--|
| Nombre del Padre        |                   | Luis Blanco   |              |  |  |
| Ocupación               | obrero            | Celular       | 313 2450 362 |  |  |
| Dirección de residencia |                   | Vereda Boyaca |              |  |  |
| Nombre de la Madre      |                   | Diana Sánchez |              |  |  |
| Ocupación               | Oficina del Mayor | Celular       | 320 6697159  |  |  |
| Dirección de residencia |                   | Vereda Boyaca |              |  |  |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                    |                                     |    |         |                                     |                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----|---------|-------------------------------------|----------------|
| Nombre del Seguro Médico EPS                                                                                                                     |                                     |    |         |                                     |                |
| Si                                                                                                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | Puntaje |                                     |                |
| Trastorno                                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | A - 2   |                                     |                |
| Problemas respiratorios                                                                                                                          |                                     | SI | NO      | <input checked="" type="checkbox"/> | Cuáles         |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                |                                     | SI | NO      | <input checked="" type="checkbox"/> | Cuáles         |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                   |                                     |    |         | Teléfono                            | 313 - 2450 362 |
| A continuación como acudiente responsable del participante firmo en conocimiento y me comprometo a cumplir con los deberes del presente formato. |                                     |    |         |                                     |                |
| Firma Y Cedula Acudiente                                                                                                                         |                                     |    |         |                                     |                |

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
 NIT: 890.501.404-1

 CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
 contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
 www.gramalote-nortedesantander.gov.co

**ALCALDÍA DE**  
**GRAMALOTE**  
 2024-2027





**AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, Luis Emilio Blanco mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 88.168.920 Expedida en Gramalote en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024**”, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ **Imagen** ☒ **Frases** ☒ **Declaraciones** ☒ **Testimonios** ☒ **Retrato fotográfico** ☒ **Locaciones** ☒ **Pinturas** ☒ **creaciones** ☒ **Fotografías** ☒ **Videos** ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo **autorizo** a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

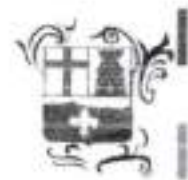
Atentamente,

Luis Blanco  
Nombre y firma Acudiente  
C.C. 88.168.920  
Celular: 313 2430352  
Email:

Luisangel  
Nombre y firma de Participante  
C.C.  
Celular:  
Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manizana 9 - Nuevo Camen Urbano  
contactacion@gramalote.municipal.gov.co  
www.gramalote.municipal.gov.co



**ALCALDIA DE GRAMALOTE**  
**2024-2027**



**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE**
**FORMATO DE INSCRIPCIÓN. Nº** 7
**"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".**

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES                                                                                                                                   |  |                                     |  |                                        |  |          |  |            |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|--|----------------------------------------|--|----------|--|------------|--|
| Primer Apellido                                                                                                                                    |  | Marrique                            |  |                                        |  |          |  |            |  |
| Segundo Apellido                                                                                                                                   |  | Rivera                              |  |                                        |  |          |  |            |  |
| Primer Nombre                                                                                                                                      |  | Ana                                 |  |                                        |  |          |  |            |  |
| Segundo Nombre                                                                                                                                     |  | Morelia                             |  |                                        |  |          |  |            |  |
| Doc. de Identidad                                                                                                                                  |  | 1094859857                          |  |                                        |  | Edad     |  | 26         |  |
| Dirección de residencia                                                                                                                            |  | V Triunfo Finca (San cristobal)     |  |                                        |  | Teléfono |  | 3138386438 |  |
| E-mail                                                                                                                                             |  | anamarrique98@gmail.com             |  |                                        |  | Celular  |  |            |  |
| Institución Educativa                                                                                                                              |  | Colegio Monsenor Nacio Chacón       |  |                                        |  | Grado    |  | 11         |  |
|                                                                                                                                                    |  |                                     |  |                                        |  |          |  |            |  |
| DATOS FAMILIARES                                                                                                                                   |  |                                     |  |                                        |  |          |  |            |  |
| Nombre del Padre                                                                                                                                   |  |                                     |  |                                        |  |          |  |            |  |
| Ocupación                                                                                                                                          |  |                                     |  |                                        |  | Celular  |  |            |  |
| Dirección de residencia                                                                                                                            |  |                                     |  |                                        |  |          |  |            |  |
| Nombre de la Madre                                                                                                                                 |  | Marina Marrique Rivera              |  |                                        |  |          |  |            |  |
| Ocupación                                                                                                                                          |  | Amo. de Casa                        |  |                                        |  | Celular  |  | 3224644206 |  |
| Dirección de residencia                                                                                                                            |  | V Villa nueva finca (El tamborillo) |  |                                        |  |          |  |            |  |
|                                                                                                                                                    |  |                                     |  |                                        |  |          |  |            |  |
| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |  |                                     |  |                                        |  |          |  |            |  |
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                  |  | Medi Mas                            |  |                                        |  |          |  |            |  |
| Si                                                                                                                                                 |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  | NO                                     |  | Puntaje  |  | B2         |  |
| Fracturas                                                                                                                                          |  | Si                                  |  | NO <input checked="" type="checkbox"/> |  | Cuándo   |  | Dónde      |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            |  | Si                                  |  | NO <input checked="" type="checkbox"/> |  | Cuándo   |  |            |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  |  | Si                                  |  | NO <input checked="" type="checkbox"/> |  | Cuándo   |  |            |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     |  | Esposo (Daniel)                     |  |                                        |  | Teléfono |  | 3138386438 |  |
| A continuación como académico responsable del participante firma mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las reglas del proceso formativo. |  |                                     |  |                                        |  |          |  |            |  |
|                                                                                                                                                    |  |                                     |  |                                        |  |          |  |            |  |
| Firma Y Cedula Académico                                                                                                                           |  |                                     |  |                                        |  |          |  |            |  |

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

 CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
 contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
 www.gramalote-nortedesantander.gov.co

**ALCALDÍA DE**  
**GRAMALOTE**  
**2024-2027**



# CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Ana Mariela Manrique Rivera mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1094859857 Expedida en Santiago, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024** realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ **Imagen** ☒ **Frases** ☒ **Declaraciones** ☒ **Testimonios** ☒ **Retrato fotográfico** ☒ **Locaciones** ☒ **Pinturas** ☒ **creaciones** ☒ **Fotografías** ☒ **Videos** ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Nombre y firma Acudiente  
C.C.  
Celular:  
Email:

Ana Manrique  
Nombre y firma de Participante  
C.C. 1094859857  
Celular: 3138386438  
Email: bramanrique98@gmail.com

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

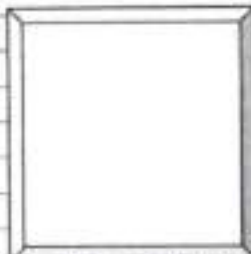
CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote.cortedesantander.gov.co  
www.gramalote.cortedesantander.gov.co



**ALCALDIA DE**  
**GRAMALOTE**  
**2024-2027**

**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE**
**FORMATO DE INSCRIPCIÓN. Nº** 8
**"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".**

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES                                                                                                                                    |                                        |                                        |                                                                                     |            |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|--|
| Primer Apellido                                                                                                                                     | Haldonado                              |                                        |  |            |  |
| Segundo Apellido                                                                                                                                    | Marique                                |                                        |                                                                                     |            |  |
| Primer Nombre                                                                                                                                       | Joseph                                 |                                        |                                                                                     |            |  |
| Segundo Nombre                                                                                                                                      | Kaleo                                  |                                        |                                                                                     |            |  |
| Doc. de Identidad                                                                                                                                   | 5178004                                | Edad                                   |                                                                                     |            |  |
| Dirección de residencia                                                                                                                             | U. Villa Nueva (El Tamborito)          |                                        | Teléfono                                                                            | 3124995144 |  |
| E-mail                                                                                                                                              |                                        |                                        | Celular                                                                             |            |  |
| Institución Educativa                                                                                                                               | Gimnasio Psicopedagógico (Validación)  |                                        | Grado                                                                               | 11         |  |
| DATOS FAMILIARES                                                                                                                                    |                                        |                                        |                                                                                     |            |  |
| Nombre del Padre                                                                                                                                    | Karloth Haldonado                      |                                        |                                                                                     |            |  |
| Ocupación                                                                                                                                           | Maestro en Construcción                |                                        | Celular                                                                             |            |  |
| Dirección de residencia                                                                                                                             | Saravena                               |                                        |                                                                                     |            |  |
| Nombre de la Madre                                                                                                                                  | Marina Marique                         |                                        |                                                                                     |            |  |
| Ocupación                                                                                                                                           | Ama de Casa                            |                                        | Celular                                                                             | 3124644206 |  |
| Dirección de residencia                                                                                                                             | U. Villa Nueva (El Tamborito)          |                                        |                                                                                     |            |  |
| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                       |                                        |                                        |                                                                                     |            |  |
| Nombre del Seguro Médico o EPS                                                                                                                      |                                        |                                        |                                                                                     |            |  |
| Símbolo                                                                                                                                             | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO                                     | Puntaje                                                                             | 32         |  |
| Fracturas                                                                                                                                           | SI                                     | NO                                     | Cuándo                                                                              | Dónde      |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                             | SI                                     | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuáles                                                                              |            |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                   | SI                                     | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuáles                                                                              |            |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                      | Mamá                                   |                                        | Teléfono                                                                            | 3124644206 |  |
| A continuación como estudiante responsable del participante firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo. |                                        |                                        |                                                                                     |            |  |
| Firma Y Cédula Acudiente                                                                                                                            |                                        |                                        |                                                                                     |            |  |

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

 CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Centro Urbano  
 contratación@gramalote-nortedesantander.gov.co  
 www.gramalote-nortedesantander.gov.co

**ALCALDÍA DE**  
**GRAMALOTE**  
**2024-2027**





## CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

### AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_ mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ Expedida en \_\_\_\_\_, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) \_\_\_\_\_ participe del PROYECTO denominado – **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE –FASE II -VIGENCIA 2024**”, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ **Imagen** ☒ **Frases** ☒ **Declaraciones** ☒ **Testimonios** ☒ **Retrato fotográfico** ☒ **Locaciones** ☒ **Pinturas** ☒ **creaciones** ☒ **Fotografías** ☒ **Videos** ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo **autorizo** a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Nombre y firma Acudiente  
C.C.  
Celular:  
Email:

*Joseph Maldonado*  
Nombre y firma de Participante  
C.C.  
Celular:  
Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

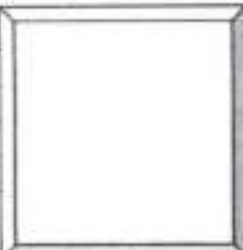


**ALCALDÍA DE**  
**GRAMALOTE**  
**2024-2027**



**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE**
**FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N°** 9
**"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".**

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES                                                                                                                                  |  |                                |    |         |    |          |  |                                                                                     |  |            |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------|----|---------|----|----------|--|-------------------------------------------------------------------------------------|--|------------|--|
| Primer Apellido                                                                                                                                   |  | Botello                        |    |         |    |          |  |  |  |            |  |
| Segundo Apellido                                                                                                                                  |  | Rodriguez                      |    |         |    |          |  |                                                                                     |  |            |  |
| Primer Nombre                                                                                                                                     |  | Jose                           |    |         |    |          |  |                                                                                     |  |            |  |
| Segundo Nombre                                                                                                                                    |  | Cruz                           |    |         |    |          |  |                                                                                     |  |            |  |
| Doc. de Identidad                                                                                                                                 |  | 5485033                        |    |         |    | Edad     |  |                                                                                     |  | 69         |  |
| Dirección de residencia                                                                                                                           |  | H2 91-10 Santa Anita Gramalote |    |         |    | Teléfono |  |                                                                                     |  |            |  |
| E-mail                                                                                                                                            |  |                                |    |         |    |          |  | Celular                                                                             |  | 3115071914 |  |
| Institución Educativa                                                                                                                             |  | 2 Primaria                     |    |         |    |          |  | Grado                                                                               |  |            |  |
| DATOS FAMILIARES                                                                                                                                  |  |                                |    |         |    |          |  |                                                                                     |  |            |  |
| Nombre del Padre                                                                                                                                  |  |                                |    |         |    |          |  |                                                                                     |  |            |  |
| Ocupación                                                                                                                                         |  |                                |    |         |    | Celular  |  |                                                                                     |  |            |  |
| Dirección de residencia                                                                                                                           |  |                                |    |         |    |          |  |                                                                                     |  |            |  |
| Nombre de la Madre                                                                                                                                |  |                                |    |         |    |          |  |                                                                                     |  |            |  |
| Ocupación                                                                                                                                         |  |                                |    |         |    | Celular  |  |                                                                                     |  |            |  |
| Dirección de residencia                                                                                                                           |  |                                |    |         |    |          |  |                                                                                     |  |            |  |
| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                     |  |                                |    |         |    |          |  |                                                                                     |  |            |  |
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                 |  |                                |    |         |    |          |  |                                                                                     |  |            |  |
| Sabe                                                                                                                                              |  | SI                             | NO | Puntaje |    |          |  |                                                                                     |  |            |  |
| Fracturas                                                                                                                                         |  | SI                             | NO | Cuándo  |    | Dónde    |  |                                                                                     |  |            |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                           |  |                                |    | SI      | NO | Cuándo   |  |                                                                                     |  |            |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                 |  |                                |    | SI      | NO | Cuándo   |  |                                                                                     |  |            |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                    |  |                                |    |         |    |          |  | Teléfono                                                                            |  |            |  |
| El coordinador como academia responsable del participante tiene en consentimiento y me comprometo a cumplir con las reglas del proceso formativo. |  |                                |    |         |    |          |  |                                                                                     |  |            |  |
| Firma Y Celular Académico                                                                                                                         |  |                                |    |         |    |          |  |                                                                                     |  |            |  |

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
 Nit: 890.501.404-1

 CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
[contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co](mailto:contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co)  
[www.gramalote-nortedesantander.gov.co](http://www.gramalote-nortedesantander.gov.co)

**ALCALDÍA DE**  
**GRAMALOTE**  
 2024-2027



**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.**

**AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, José De la Cruz Rodríguez Bohío mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 5425053 Expedida en Zalúscar, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024**", realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ **Imagen** ☒ **Frases** ☒ **Declaraciones** ☒ **Testimonios** ☒ **Retrato fotográfico** ☒ **Locaciones** ☒ **Pinturas** ☒ **creaciones** ☒ **Fotografías** ☒ **Videos** ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo **autorizo** a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Nombre y firma Acudiente  
C.C.  
Celular:  
Email:

José J. la Cruz Rodríguez  
Nombre y firma de Participante  
C.C.  
Celular:  
Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**



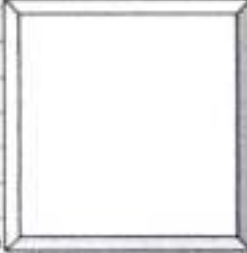
**ALCALDÍA DE**  
**GRAMALOTE**  
**2024-2027**

CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 10

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES                                                                                                                                         |                          |    |         |           |            |                                                                                     |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----|---------|-----------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Primer Apellido                                                                                                                                          | Sierra                   |    |         |           |            |  |  |
| Segundo Apellido                                                                                                                                         | Pacheco                  |    |         |           |            |                                                                                     |  |
| Primer Nombre                                                                                                                                            | Alberto                  |    |         |           |            |                                                                                     |  |
| Segundo Nombre                                                                                                                                           | Jesus                    |    |         |           |            |                                                                                     |  |
| Doc. de Identidad                                                                                                                                        | 88219579                 |    | Edad    | 48 años   |            |                                                                                     |  |
| Dirección de residencia                                                                                                                                  | A241 casa 3B             |    |         | Teléfono  | 3219151951 |                                                                                     |  |
| E-mail                                                                                                                                                   | albertopacheco@gmail.com |    |         | Celular   | 3219151951 |                                                                                     |  |
| Institución Educativa                                                                                                                                    |                          |    |         | Grado     |            |                                                                                     |  |
| DATOS FAMILIARES                                                                                                                                         |                          |    |         |           |            |                                                                                     |  |
| Nombre del Padre                                                                                                                                         |                          |    |         |           |            |                                                                                     |  |
| Ocupación                                                                                                                                                |                          |    |         | Celular   |            |                                                                                     |  |
| Dirección de residencia                                                                                                                                  |                          |    |         |           |            |                                                                                     |  |
| Nombre de la Madre                                                                                                                                       |                          |    |         |           |            |                                                                                     |  |
| Ocupación                                                                                                                                                |                          |    |         | Celular   |            |                                                                                     |  |
| Dirección de residencia                                                                                                                                  |                          |    |         |           |            |                                                                                     |  |
| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                            |                          |    |         |           |            |                                                                                     |  |
| Nombre del Seguro Médico o EPS                                                                                                                           |                          |    |         | Nueva EPS |            |                                                                                     |  |
| Sistema                                                                                                                                                  | SI                       | NO | Puntaje | 45        |            |                                                                                     |  |
| Fracturas                                                                                                                                                | SI                       | NO | Cuando  | Dónde     |            |                                                                                     |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                                  |                          | SI | NO      | Cuáles    |            |                                                                                     |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                        |                          | SI | NO      | Cuáles    |            |                                                                                     |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                           |                          |    |         | Teléfono  |            | 3219151951                                                                          |  |
| A continuación como acudiente responsable del participante firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con los lineamientos del proceso formativo. |                          |    |         |           |            |                                                                                     |  |
| Firma Y Cédula Acudiente                                                                                                                                 |                          |    |         |           |            |                                                                                     |  |

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
2024-2027





CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Alberto Jesús Sarmiento Roldán mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 88217579 Expedida en Colombia, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024**-. realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Nombre y firma Acudiente  
C.C.  
Celular:  
Email:

  
Nombre y firma de Participante  
C.C. 88219579  
Celular: 349151951  
Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**



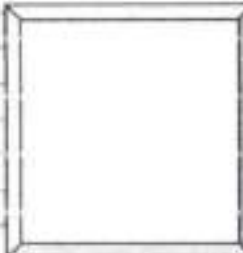
**ALCALDÍA DE GRAMALOTE**  
**2024-2027**

CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 11

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES                                                                                                                                          |                   |                         |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Primer Apellido                                                                                                                                           | <u>Acuña</u>      |                         |  |
| Segundo Apellido                                                                                                                                          | <u>Ortiz</u>      |                         |                                                                                     |
| Primer Nombre                                                                                                                                             | <u>Alfonso</u>    |                         |                                                                                     |
| Segundo Nombre                                                                                                                                            | <u>Uribe</u>      |                         |                                                                                     |
| Doc. de identidad                                                                                                                                         | <u>1092156856</u> | Edad                    |                                                                                     |
| Dirección de residencia                                                                                                                                   |                   | <u>Nº 2-11-CASA-17A</u> |                                                                                     |
| E-mail                                                                                                                                                    |                   | Celular                 | <u>3244191100</u>                                                                   |
| Institución Educativa                                                                                                                                     | <u>Bachiller</u>  | Grado                   |                                                                                     |
| DATOS FAMILIARES                                                                                                                                          |                   |                         |                                                                                     |
| Nombre del Padre <u>Verberto Acuña</u>                                                                                                                    |                   |                         |                                                                                     |
| Ocupación                                                                                                                                                 |                   | Celular                 |                                                                                     |
| Dirección de residencia <u>Verapala</u>                                                                                                                   |                   |                         |                                                                                     |
| Nombre de la Madre <u>Mónica Ortiz</u>                                                                                                                    |                   |                         |                                                                                     |
| Ocupación                                                                                                                                                 |                   | Celular                 |                                                                                     |
| Dirección de residencia <u>Verapala</u>                                                                                                                   |                   |                         |                                                                                     |
| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                             |                   |                         |                                                                                     |
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                         |                   |                         |                                                                                     |
| Símbolo                                                                                                                                                   | SI                | NO                      | Puntaje                                                                             |
| Tratamiento                                                                                                                                               | SI                | NO                      | Cuáles                                                                              |
| Problemas respiratorios                                                                                                                                   | SI                | NO                      | Cuáles                                                                              |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                         | SI                | NO                      | Cuáles                                                                              |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                            |                   |                         | Teléfono                                                                            |
| Asumo la responsabilidad como estudiante responsable del portafolio tanto en concordancia y por compromiso o cumplir con los roles del proceso formativo. |                   |                         |                                                                                     |
| Firma y Celular Acudiente                                                                                                                                 |                   |                         |                                                                                     |

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nº: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortesantander.gov.co  
www.gramalote-nortesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
2024-2027

**AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, NORMAN WILBER GARCIA CORTES, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1042156856 Expedida en GRAMALOTE, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) participe del PROYECTO denominado – **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE –FASE II -VIGENCIA 2024**”, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ **Imagen** ☒ **Frases** ☒ **Declaraciones** ☒ **Testimonios** ☒ **Retrato fotográfico** ☒ **Locaciones** ☒ **Pinturas** ☒ **creaciones** ☒ **Fotografías** ☒ **Videos** ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo **autorizo** a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

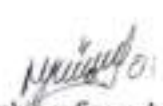
Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Nombre y firma Acudiente  
 C.C.  
 Celular:  
 Email:

  
 Nombre y firma de Participante  
 C.C. 1092156856  
 Celular: 322 949 2200  
 Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

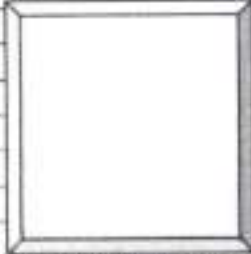


CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. Nº 12.

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES                                                                                                                                    |  |             |  |    |  |          |  |                                                                                     |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------|--|----|--|----------|--|-------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Primer Apellido                                                                                                                                     |  | Covarrubia  |  |    |  |          |  |  |  |
| Segundo Apellido                                                                                                                                    |  | Torres      |  |    |  |          |  |                                                                                     |  |
| Primer Nombre                                                                                                                                       |  | Josuee      |  |    |  |          |  |                                                                                     |  |
| Segundo Nombre                                                                                                                                      |  | Alexander   |  |    |  |          |  |                                                                                     |  |
| Doc. de Identidad                                                                                                                                   |  | 7942190     |  |    |  | Edad     |  |                                                                                     |  |
| Dirección de residencia                                                                                                                             |  | Boyaca      |  |    |  | Teléfono |  | 3144889935                                                                          |  |
| E-mail                                                                                                                                              |  |             |  |    |  | Celular  |  | 3144889935                                                                          |  |
| Institución Educativa                                                                                                                               |  | Boyaca      |  |    |  | Grado    |  | 3er                                                                                 |  |
| DATOS FAMILIARES                                                                                                                                    |  |             |  |    |  |          |  |                                                                                     |  |
| Nombre del Padre                                                                                                                                    |  | Josuee      |  |    |  |          |  |                                                                                     |  |
| Ocupación                                                                                                                                           |  | Comerciante |  |    |  | Celular  |  |                                                                                     |  |
| Dirección de residencia                                                                                                                             |  | Boyaca      |  |    |  |          |  |                                                                                     |  |
| Nombre de la Madre                                                                                                                                  |  | Janeth lo   |  |    |  |          |  |                                                                                     |  |
| Ocupación                                                                                                                                           |  | Amo de Casa |  |    |  | Celular  |  |                                                                                     |  |
| Dirección de residencia                                                                                                                             |  | Boyaca      |  |    |  |          |  |                                                                                     |  |
| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                       |  |             |  |    |  |          |  |                                                                                     |  |
| Nombre del Seguro Médico o F.P.S.                                                                                                                   |  |             |  |    |  |          |  |                                                                                     |  |
| Síntesis                                                                                                                                            |  | SI          |  | NO |  | Puntaje  |  |                                                                                     |  |
| Fracturas                                                                                                                                           |  | SI          |  | NO |  | Calidad  |  | Dónde                                                                               |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                             |  | SI          |  | NO |  | Culies   |  |                                                                                     |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                   |  | SI          |  | NO |  | Culies   |  |                                                                                     |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                      |  |             |  |    |  | Teléfono |  |                                                                                     |  |
| A continuación como estudiante responsable del participante firmo en consentimiento y me comprometo a cumplir con las reglas del proceso formativo. |  |             |  |    |  |          |  |                                                                                     |  |
| Firma Y Cedula Acudiente                                                                                                                            |  |             |  |    |  |          |  |                                                                                     |  |

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nº: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL, - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano.  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
2024-2027



# CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Janeth Torres mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 22989154 Expedida en \_\_\_\_\_, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Jhosuec Alexander Cavarubia Torres participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024** realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ **Imagen** ☒ **Frases** ☒ **Declaraciones** ☒ **Testimonios** ☒ **Retrato fotográfico** ☒ **Locaciones** ☒ **Pinturas** ☒ **creaciones** ☒ **Fotografías** ☒ **Videos** ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Janeth

Nombre y firma Acudiente

C.C. 22989154

Celular: 3144889955

Email:

Jhosuec

Nombre y firma de Participante

C.C.

Celular:

Email:

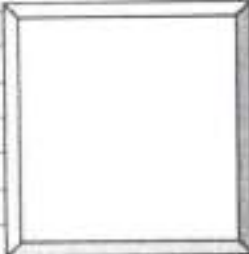
Alcaldía Municipal de Gramalote

Nit: 890.501.404-1



**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE**
**FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N°** 13
**"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".**

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES                                                                                                                                  |  |                             |    |         |    |          |  |                                                                                     |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|----|---------|----|----------|--|-------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Primer Apellido                                                                                                                                   |  | CANDE                       |    |         |    |          |  |  |  |
| Segundo Apellido                                                                                                                                  |  | IBARRA                      |    |         |    |          |  |                                                                                     |  |
| Primer Nombre                                                                                                                                     |  | JESUS                       |    |         |    |          |  |                                                                                     |  |
| Segundo Nombre                                                                                                                                    |  | ALEXANDRO                   |    |         |    |          |  |                                                                                     |  |
| Doc. de Identidad                                                                                                                                 |  | 1090515310                  |    |         |    | Edad     |  |                                                                                     |  |
| Dirección de residencia                                                                                                                           |  | Vda Jacome                  |    |         |    | Teléfono |  |                                                                                     |  |
| E-mail                                                                                                                                            |  |                             |    |         |    | Celular  |  | 3138606620                                                                          |  |
| Institución Educativa                                                                                                                             |  |                             |    |         |    | Grado    |  | 3                                                                                   |  |
| DATOS FAMILIARES                                                                                                                                  |  |                             |    |         |    |          |  |                                                                                     |  |
| Nombre del Padre                                                                                                                                  |  | NORBERTO JOSE CANDE ORTIZ   |    |         |    |          |  |                                                                                     |  |
| Ocupación                                                                                                                                         |  | Obrero                      |    |         |    | Celular  |  | 3138606620                                                                          |  |
| Dirección de residencia                                                                                                                           |  | Mz 11 - 179 B Sta Rosa      |    |         |    |          |  |                                                                                     |  |
| Nombre de la Madre                                                                                                                                |  | SANDRA MILERA IBARRA IBARRA |    |         |    |          |  |                                                                                     |  |
| Ocupación                                                                                                                                         |  | Amo de Casa                 |    |         |    | Celular  |  | 3138606620                                                                          |  |
| Dirección de residencia                                                                                                                           |  | Vda Jacome                  |    |         |    |          |  |                                                                                     |  |
| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                     |  |                             |    |         |    |          |  |                                                                                     |  |
| Nombre del Seguro Médico o P.S.                                                                                                                   |  |                             |    |         |    |          |  |                                                                                     |  |
| Sistema                                                                                                                                           |  | SI                          | NO | Pontaje |    |          |  |                                                                                     |  |
| Fracturas                                                                                                                                         |  | SI                          | NO | Cuándo  |    | Dónde    |  |                                                                                     |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                           |  |                             |    | SI      | NO | Cuales   |  |                                                                                     |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                 |  |                             |    | SI      | NO | Cuales   |  |                                                                                     |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                    |  |                             |    |         |    | Teléfono |  |                                                                                     |  |
| A continuación como acudiente responsable del participante firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las reglas del proceso formativo |  |                             |    |         |    |          |  |                                                                                     |  |
|                                                                                                                                                   |  |                             |    |         |    |          |  |                                                                                     |  |
| Firma Y Cedula Acudiente                                                                                                                          |  |                             |    |         |    |          |  |                                                                                     |  |

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

 CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL. - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
[contactacion@gramalote-nortedesantander.gov.co](mailto:contactacion@gramalote-nortedesantander.gov.co)  
[www.gramalote-nortedesantander.gov.co](http://www.gramalote-nortedesantander.gov.co)

**ALCALDÍA DE**  
**GRAMALOTE**  
**2024-2027**





## CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

### AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, ROBERTO JOSE DEANDU ORTIZ mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1090539180 Expedida en \_\_\_\_\_, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) JESUS A DEANDU LARREA participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024** realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ **Imagen** ☒ **Frases** ☒ **Declaraciones** ☒ **Testimonios** ☒ **Retrato fotográfico** ☒ **Locaciones** ☒ **Pinturas** ☒ **creaciones** ☒ **Fotografías** ☒ **Videos** ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Nombre y firma Acudiente  
C.C. 1090539180  
Celular:  
Email:

JESUS A Lejaire deandú Ibarra  
Nombre y firma de Participante  
C.C. 1090515316  
Celular:  
Email:

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
2024-2027

**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE**
**FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N°** 14
**"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".**

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES        |                           |      |         |          |            |
|-------------------------|---------------------------|------|---------|----------|------------|
| Primer Apellido         | Sebastian Rojas           |      |         |          |            |
| Segundo Apellido        | Rodriguez                 |      |         |          |            |
| Primer Nombre           | Sebastian                 |      |         |          |            |
| Segundo Nombre          |                           |      |         |          |            |
| Doc. de identidad       | 1042539374                | Edad | 12 años |          |            |
| Dirección de residencia | N2 41 casa 10             |      |         | Teléfono | 3118745600 |
| E-mail                  | jonanitarogaz@hotmail.com |      |         | Celular  |            |
| Institución Educativa   | colegio Buena Amor        |      |         | Grado    | 7º         |

| DATOS FAMILIARES        |                                  |         |            |  |  |
|-------------------------|----------------------------------|---------|------------|--|--|
| Nombre del Padre        | Jorge Rojas                      |         |            |  |  |
| Ocupación               |                                  | Celular | 3104080408 |  |  |
| Dirección de residencia |                                  |         |            |  |  |
| Nombre de la Madre      | Yuri Esperanza Rodriguez         |         |            |  |  |
| Ocupación               |                                  | Celular | 3104080408 |  |  |
| Dirección de residencia | N2 41 casa 10 Barrio Santa Anita |         |            |  |  |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |                                        |                             |         |          |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------|---------|----------|------------|
| Nombre del Seguro Médico o EPS                                                                                                                     | SURA                                   |                             |         |          |            |
| Sistema                                                                                                                                            | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Puntaje |          |            |
| Fracturas                                                                                                                                          | SI <input type="checkbox"/>            | NO <input type="checkbox"/> | Estado  | Donde    |            |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            | SI <input type="checkbox"/>            | NO <input type="checkbox"/> | Cuáles  |          |            |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  | SI <input type="checkbox"/>            | NO <input type="checkbox"/> | Cuáles  |          |            |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     | Elida Roldán García                    |                             |         | Teléfono | 3118745600 |
| A continuación como acudiente responsable del participante firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo. |                                        |                             |         |          |            |
| Yuri Esperanza Rodriguez<br>Firma Y Cédula Acudiente                                                                                               |                                        |                             |         |          |            |

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**NIT: 890.501.404-1**

 CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
[contrataciones@gramalote-nortesantander.gov.co](mailto:contrataciones@gramalote-nortesantander.gov.co)  
[www.gramalote-nortesantander.gov.co](http://www.gramalote-nortesantander.gov.co)

**ALCALDÍA DE**  
**GRAMALOTE**  
**2024-2027**

**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.**
**AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, Yori Esperanza Rodríguez mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1092154867 Expedida en Cucuta, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Sebastian Rojas Rodriguez participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024** realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Yori Esperanza Rodríguez  
 Nombre y firma Acudiente  
 C.C. 1092154867  
 Celular: 3204080208  
 Email:

Sebastian Rojas Rodriguez  
 Nombre y firma de Participante  
 C.C.  
 Celular:  
 Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**



**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE**
**FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N°** 15
**"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".**

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES        |             |  |          |           |                                                                                     |
|-------------------------|-------------|--|----------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Primer Apellido         | OCANDO      |  |          |           |  |
| Segundo Apellido        | ORTIZ       |  |          |           |                                                                                     |
| Primer Nombre           | NORBERTO    |  |          |           |                                                                                     |
| Segundo Nombre          | JOSE        |  |          |           |                                                                                     |
| Doc. de identidad       | 1090539180  |  | Edad     | 35        |                                                                                     |
| Dirección de residencia | B. STA ROSA |  | Teléfono | 333606630 |                                                                                     |
| E-mail                  |             |  | Celular  |           |                                                                                     |
| Institución Educativa   |             |  | Grado    | Bach.     |                                                                                     |

| DATOS FAMILIARES        |                               |  |  |         |  |
|-------------------------|-------------------------------|--|--|---------|--|
| Nombre del Padre        | NORBERTO RAMON OCANDO         |  |  |         |  |
| Ocupación               |                               |  |  | Celular |  |
| Dirección de residencia | TALCAH VENEZUELA              |  |  |         |  |
| Nombre de la Madre      | MARIA LETICIA ORTIZ DE OCANDO |  |  |         |  |
| Ocupación               | AMA DE CASA                   |  |  | Celular |  |
| Dirección de residencia | TALCAH VENEZUELA              |  |  |         |  |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                     |    |    |          |       |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----------|-------|--|
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                 |    |    |          |       |  |
| Suben                                                                                                                                             | SI | NO | Puntaje  |       |  |
| Fracturas                                                                                                                                         | SI | NO | Cuándo   | Donde |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                           | SI | NO | Cuáles   |       |  |
| Uso de Medicamentos                                                                                                                               | SI | NO | Cuáles   |       |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                    |    |    | Teléfono |       |  |
| A continuación como accidente responsable del participante firmo en consentimiento o me comprometo a cumplir con las reglas del presente formato. |    |    |          |       |  |
|                                                                                                                                                   |    |    |          |       |  |
| Firma Y Cédula Acudiente                                                                                                                          |    |    |          |       |  |

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

 CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Caño Urbano  
[contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co](mailto:contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co)  
[www.gramalote-nortedesantander.gov.co](http://www.gramalote-nortedesantander.gov.co)

**ALCALDÍA DE**  
**GRAMALOTE**  
**2024-2027**



## CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

### AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, NORBERTO JOSE OCAÑO DELIZ mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1090539180 Expedida en GRAMALOTE, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024** realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ **Imagen** ☒ **Frases** ☒ **Declaraciones** ☒ **Testimonios** ☒ **Retrato fotográfico** ☒ **Locaciones** ☒ **Pinturas** ☒ **creaciones** ☒ **Fotografías** ☒ **Videos** ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención, Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Nombre y firma Acudiente

C.C.

Celular:

Email:

Nombre y firma de Participante

C.C. 1090539180

Celular: 313 860 6620

Email:

Alcaldía Municipal de Gramalote

Nit: 890.501.404-1

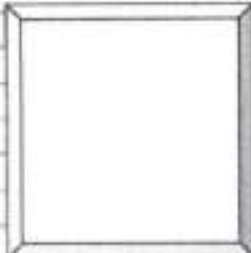


CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 16

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES        |                          |      |                                                                                     |              |  |
|-------------------------|--------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--|
| Primer Apellido         | Botello                  |      |  |              |  |
| Segundo Apellido        | Montes                   |      |                                                                                     |              |  |
| Primer Nombre           | Angel                    |      |                                                                                     |              |  |
| Segundo Nombre          | Sebastian                |      |                                                                                     |              |  |
| Doc. de Identidad       | 1094533592               | Edad |                                                                                     |              |  |
| Dirección de residencia | Vereda Villanueva        |      | Teléfono                                                                            |              |  |
| E-mail                  |                          |      | Celular                                                                             | 312 523 9883 |  |
| Institución Educativa   | Escuela Rural Villanueva |      | Grado                                                                               | 3            |  |

| DATOS FAMILIARES        |                    |  |         |              |  |
|-------------------------|--------------------|--|---------|--------------|--|
| Nombre del Padre        | Ramiro Ordóñez V   |  |         |              |  |
| Ocupación               | Agricultor         |  | Celular | 3118691094   |  |
| Dirección de residencia | Vereda Villanueva  |  |         |              |  |
| Nombre de la Madre      | Carmelina Aparicio |  |         |              |  |
| Ocupación               | Amas de Casa       |  | Celular | 312 523 9883 |  |
| Dirección de residencia | Vereda Villanueva  |  |         |              |  |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |    |         |          |        |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|----------|--------|--|
| Nombre del Seguro Médico o EPS                                                                                                                     |    |         |          |        |  |
| Si                                                                                                                                                 | NO | Puntaje |          |        |  |
| Si                                                                                                                                                 | NO | Cuándo  | Dónde    |        |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            |    | Si      | NO       | Cuales |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  |    | Si      | NO       | Cuales |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     |    |         | Teléfono |        |  |
| A continuación como accidente responsable del participante firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las reglas del proceso formativo. |    |         |          |        |  |
| Firma y Cedula Accidente                                                                                                                           |    |         |          |        |  |

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Centro Urbano  
contrataciones@gramalote.nortedesantander.gov.co  
www.gramalote.nortedesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
2024-2027





# CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Ramiro Octavio Varela mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 5450700 Expedida en Gramalote, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Angel Sebastian Galletto Cuervo participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024** realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural, autorizo para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ **Imagen** ☒ **Frases** ☒ **Declaraciones** ☒ **Testimonios** ☒ **Retrato fotográfico** ☒ **Locaciones** ☒ **Pinturas** ☒ **creaciones** ☒ **Fotografías** ☒ **Videos** ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Ramiro Octavio Varela  
Nombre y firma Acudiente

C.C. 5450700

Celular: 3118693944

Email:

Angel Sebastian  
Nombre y firma de Participante

C.C.

Celular:

Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**



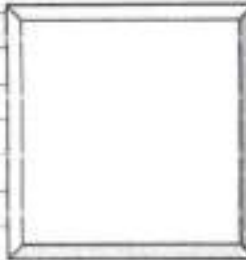
**ALCALDIA DE**  
**GRAMALOTE**  
**2024-2027**

CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 17

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES                                                                                                                                    |                                     |           |                                     |                                                                                     |  |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--|------------|
| Primer Apellido                                                                                                                                     | Gutiérrez                           |           |                                     |                                                                                     |  |            |
| Segundo Apellido                                                                                                                                    | Llunas                              |           |                                     |                                                                                     |  |            |
| Primer Nombre                                                                                                                                       | Dany                                |           |                                     |                                                                                     |  |            |
| Segundo Nombre                                                                                                                                      | Alejandra                           |           |                                     |                                                                                     |  |            |
| Doc. de Identidad                                                                                                                                   | cc 1092150434                       | Edad      | 27                                  |  |  |            |
| Dirección de residencia                                                                                                                             | Mz 67 casa 2 casa verde             |           | Telefono                            |                                                                                     |  | 3123820301 |
| E-mail                                                                                                                                              | danyllunas27@hotmail.com            |           | Celular                             |                                                                                     |  | 3123820302 |
| Institución Educativa                                                                                                                               |                                     |           | Grado                               |                                                                                     |  |            |
| DATOS FAMILIARES                                                                                                                                    |                                     |           |                                     |                                                                                     |  |            |
| Nombre del Padre                                                                                                                                    |                                     |           |                                     |                                                                                     |  |            |
| Ocupación                                                                                                                                           |                                     | Celular   |                                     |                                                                                     |  |            |
| Dirección de residencia                                                                                                                             |                                     |           |                                     |                                                                                     |  |            |
| Nombre de la Madre                                                                                                                                  |                                     |           |                                     |                                                                                     |  |            |
| Ocupación                                                                                                                                           |                                     | Celular   |                                     |                                                                                     |  |            |
| Dirección de residencia                                                                                                                             |                                     |           |                                     |                                                                                     |  |            |
| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                       |                                     |           |                                     |                                                                                     |  |            |
| Nombre del Seguro Médico o EPS                                                                                                                      |                                     | Comunidad |                                     |                                                                                     |  |            |
| Si                                                                                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | NO        | <input type="checkbox"/>            | Partaje                                                                             |  |            |
| Si                                                                                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | NO        | <input checked="" type="checkbox"/> | Celular                                                                             |  |            |
| Problemas respiratorios                                                                                                                             | Si                                  | NO        | <input checked="" type="checkbox"/> | Celular                                                                             |  |            |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                   | Si                                  | NO        | <input checked="" type="checkbox"/> | Celular                                                                             |  |            |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                      |                                     |           |                                     | Telefono                                                                            |  |            |
| A continuación como estudiante responsable del participante firma en consentimiento y me comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo. |                                     |           |                                     |                                                                                     |  |            |
| Firma y Cedula Acabante                                                                                                                             |                                     |           |                                     |                                                                                     |  |            |

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nli: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote.nortesantander.gov.co  
www.gramalote.nortesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
2024-2027

**AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, Dany Alejandro Guerrero Llanes mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1092156434 Expedida en Gramalote, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024**", realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ **Imagen** ☒ **Frases** ☒ **Declaraciones** ☒ **Testimonios** ☒ **Retrato fotográfico** ☒ **Locaciones** ☒ **Pinturas** ☒ **creaciones** ☒ **Fotografías** ☒ **Videos** ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo **autorizo** a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Nombre y firma Acudiente  
 C.C.  
 Celular:  
 Email:

  
 Nombre y firma de Participante Dany Guerrero  
 C.C. 1092156434  
 Celular: 3123020301  
 Email: danyllanes27@hotmail.com

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manana 0 - Nuevo Casas Urbano  
 contacto.ine@gramalote.municipiosantander.gov.co  
 www.gramalote.municipiosantander.gov.co



**ALCALDÍA DE**  
**GRAMALOTE**  
**2024-2027**

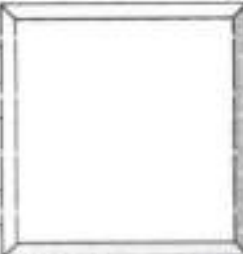


CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 18

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES                                                                                                                                   |                     |          |           |                   |            |      |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------|-----------|-------------------|------------|------|----|
|                                                                 |                     |          |           |                   |            |      |    |
|                                                                                                                                                    |                     |          |           | Primer Apellido   | VILLAMIZAR |      |    |
|                                                                                                                                                    |                     |          |           | Segundo Apellido  | GONZALEZ   |      |    |
|                                                                                                                                                    |                     |          |           | Primer Nombre     | RICARDO    |      |    |
|                                                                                                                                                    |                     |          |           | Segundo Nombre    |            |      |    |
|                                                                                                                                                    |                     |          |           | Doc. de identidad | 109042011  | Edad | 35 |
| Unidad de identificación                                                                                                                           | MARIA DE LA CRUZ E. | Teléfono | 315767208 |                   |            |      |    |
| E-mail                                                                                                                                             |                     | Celular  |           |                   |            |      |    |
| Institución Educativa                                                                                                                              |                     | Grado    |           |                   |            |      |    |
| DATOS FAMILIARES                                                                                                                                   |                     |          |           |                   |            |      |    |
| Nombre del Padre                                                                                                                                   |                     |          |           |                   |            |      |    |
| JUAN VILLAMIZAR GONZALEZ                                                                                                                           |                     |          |           |                   |            |      |    |
| Ocupación                                                                                                                                          |                     | Culter   |           |                   |            |      |    |
| Dirección de residencia                                                                                                                            |                     |          |           |                   |            |      |    |
| Nombre de la Madre                                                                                                                                 |                     |          |           |                   |            |      |    |
| TERESA GONZALEZ GONZALEZ                                                                                                                           |                     |          |           |                   |            |      |    |
| Ocupación                                                                                                                                          |                     | Culter   |           |                   |            |      |    |
| Dirección de residencia                                                                                                                            |                     |          |           |                   |            |      |    |
| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |                     |          |           |                   |            |      |    |
| Nombre del Seguro Médico o EPS                                                                                                                     |                     |          |           |                   |            |      |    |
| Soben                                                                                                                                              | SI                  | NO       | Puntaje   |                   |            |      |    |
| Trastornos                                                                                                                                         | SI                  | NO       | Culter    |                   |            |      |    |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            |                     | SI       | NO        |                   |            |      |    |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  |                     | SI       | NO        |                   |            |      |    |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     |                     | Teléfono |           |                   |            |      |    |
| A continuación como estudiante responsable del participante firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo |                     |          |           |                   |            |      |    |
| Firma y Cédula Académica                                                                                                                           |                     |          |           |                   |            |      |    |

Alcaldía Municipal de Gramalote  
NIT: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 9 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote.nortesantander.gov.co  
www.gramalote.nortesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
2024-2027

### AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Ricardo Villamizar Osorio mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1090420221 Expedida en Cucuta en uso de mis plenas facultades legales y mentales, participo del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024**", realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural, autorizo para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ Creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participante; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Nombre y firma Acudiente  
 C.C.  
 Celular:  
 Email:

Ricardo Villamizar Osorio  
 Nombre y firma de Participante  
 C.C. 1090420221  
 Celular:  
 Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

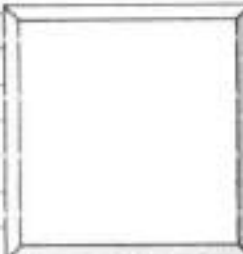
CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana B - Nuevo Casco Urbano  
 contacto@gramalote.gov.co | info@gramalote.gov.co  
 www.gramalote-porto-desantander.gov.co



**ALCALDÍA DE**  
**GRAMALOTE**  
**2024-2027**

**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE**
**FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N°** 19
**"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".**

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES                                                                                                                                   |  |                               |    |            |  |                   |  |           |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------|----|------------|--|-------------------|--|-----------|--|
|                                                                 |  |                               |    |            |  |                   |  |           |  |
|                                                                                                                                                    |  |                               |    |            |  | Primer Apellido   |  | Mendoza   |  |
|                                                                                                                                                    |  |                               |    |            |  | Segundo Apellido  |  | Gutierrez |  |
|                                                                                                                                                    |  |                               |    |            |  | Primer Nombre     |  | Alvaro    |  |
|                                                                                                                                                    |  |                               |    |            |  | Segundo Nombre    |  | Jose      |  |
|                                                                                                                                                    |  |                               |    |            |  | Doc. de Identidad |  | Edad      |  |
|                                                                                                                                                    |  |                               |    |            |  |                   |  | 10        |  |
| Código de Verificación                                                                                                                             |  | M270CS75 sta rosa             |    | Celular    |  |                   |  |           |  |
| E-mail                                                                                                                                             |  |                               |    | 3125782530 |  |                   |  |           |  |
| Institución Educativa                                                                                                                              |  |                               |    | Grado      |  |                   |  |           |  |
|                                                                                                                                                    |  |                               |    | 8 3        |  |                   |  |           |  |
| DATOS FAMILIARES                                                                                                                                   |  |                               |    |            |  |                   |  |           |  |
| Nombre del Padre                                                                                                                                   |  | Alvaro mendoza sanchez        |    |            |  |                   |  |           |  |
| Ocupación                                                                                                                                          |  | metaforista                   |    | Celular    |  |                   |  |           |  |
|                                                                                                                                                    |  |                               |    | 3103587193 |  |                   |  |           |  |
| Dirección de residencia                                                                                                                            |  |                               |    |            |  |                   |  |           |  |
| Nombre de la Madre                                                                                                                                 |  | Gloria Rocío Gutierrez Ibarra |    |            |  |                   |  |           |  |
| Ocupación                                                                                                                                          |  | Alma de casa                  |    | Celular    |  |                   |  |           |  |
|                                                                                                                                                    |  |                               |    | 3125782530 |  |                   |  |           |  |
| Dirección de residencia                                                                                                                            |  | M270CS75 sta rosa             |    |            |  |                   |  |           |  |
| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |  |                               |    |            |  |                   |  |           |  |
| Nombre del Seguro Médico ó EPS:                                                                                                                    |  |                               |    |            |  |                   |  |           |  |
| Sobren                                                                                                                                             |  | SI                            | NO | Porcentaje |  |                   |  |           |  |
|                                                                                                                                                    |  |                               |    | B2         |  |                   |  |           |  |
| Frecuencia                                                                                                                                         |  | SI                            | NO | Código     |  |                   |  |           |  |
|                                                                                                                                                    |  |                               |    |            |  |                   |  |           |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            |  | SI                            | NO | Códigos    |  |                   |  |           |  |
|                                                                                                                                                    |  |                               |    |            |  |                   |  |           |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  |  | SI                            | NO | Códigos    |  |                   |  |           |  |
|                                                                                                                                                    |  |                               |    |            |  |                   |  |           |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     |  |                               |    | Teléfono   |  |                   |  |           |  |
|                                                                                                                                                    |  |                               |    | 3125782530 |  |                   |  |           |  |
| A continuación como acudiente responsable del participante firma en representación y me comprometo a cumplir con las normas del proceso formativo: |  |                               |    |            |  |                   |  |           |  |
| Gloria Rocío Gutierrez Ibarra cc. 1092155537<br><b>Firma Y Cédula Acudiente</b>                                                                    |  |                               |    |            |  |                   |  |           |  |

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**NIT: 890.501.404-1**

 CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
[contratacion@gramalote.nortesantander.gov.co](mailto:contratacion@gramalote.nortesantander.gov.co)  
[www.gramalote.nortesantander.gov.co](http://www.gramalote.nortesantander.gov.co)

**ALCALDÍA DE**  
**GRAMALOTE**  
**2024-2027**



### AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Gloria Rocío Gutiérrez Ibarra mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 4092755531 Expedida en Gramalote, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024**", realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Para que usen mi o su Nombre ☒ **Imagen** ☒ **Frases** ☒ **Declaraciones** ☒ **Testimonios** ☒ **Retrato fotográfico** ☒ **Locaciones** ☒ **Pinturas** ☒ **creaciones** ☒ **Fotografías** ☒ **Videos** ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo **autorizo** a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Gloria Rocío Gutiérrez  
 Nombre y firma Acudiente  
 C.C. 4092755531  
 Celular: 3125782530  
 Email:

Alvaro José Mendoza  
 Nombre y firma de Participante  
 C.C.  
 Celular: 3112160903  
 Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE**
**FORMATO DE INSCRIPCIÓN. Nº** 20
**"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".**

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES        |                          |          |            |
|-------------------------|--------------------------|----------|------------|
| Primer Apellido         | Paez                     |          |            |
| Segundo Apellido        | Caceres                  |          |            |
| Primer Nombre           | Angel                    |          |            |
| Segundo Nombre          | David                    |          |            |
| Doc. de Identidad       | 1.092156.212             | Edad     |            |
| Dirección de residencia | M. 2 casa 5 calle Real   | Teléfono |            |
| E-mail                  |                          | Celular  | 3208570975 |
| Institución Educativa   | Sagrado Corazon de Jesús | Grado    | 5º         |



| DATOS FAMILIARES        |                                   |         |              |
|-------------------------|-----------------------------------|---------|--------------|
| Nombre del Padre        | Armando Paez Rodriguez            |         |              |
| Ocupación               | Comerciante                       | Celular | 305 3799 428 |
| Dirección de residencia | M. 2 casa 5. calle Real Gramalote |         |              |
| Nombre de la Madre      | Sandra Liliann Caceres Gonzalez   |         |              |
| Ocupación               | Comerciante                       | Celular | 3208570975   |
| Dirección de residencia | M. 1 casa 5 calle Real Gramalote  |         |              |

| DATOS MEDICOS                                                                                                                                                          |                                     |                                        |        |               |          |              |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|--------|---------------|----------|--------------|--|
| Nombre del Seguro Médico o S.P.S.                                                                                                                                      |                                     |                                        |        | SAVITAS       |          |              |  |
| Subos                                                                                                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | NO                                     | Partos | C9            |          |              |  |
| Fracturas                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Caídas | Dónde         |          |              |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                                                | SI                                  | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cables |               |          |              |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                                      | SI                                  | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cables |               |          |              |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                                         |                                     |                                        |        | 3208570975    | Teléfono | 305 3799 428 |  |
| <small>A continuación se tiene anexo la responsabilidad del participante, firma en conocimiento y me comprometo a cumplir con los lineas del presente formato.</small> |                                     |                                        |        |               |          |              |  |
| Sandra Liliann Caceres                                                                                                                                                 |                                     |                                        |        | cc 1092155146 |          |              |  |
| Firma Y Cédula Académica                                                                                                                                               |                                     |                                        |        |               |          |              |  |

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
 Nit: 890.501.404-1

 CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Centro Urbano  
 contrataciones@gramalote-nortesantander.gov.co  
 www.gramalote-nortesantander.gov.co

**ALCALDÍA DE**  
**GRAMALOTE**  
 2024-2027

**AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, Sandra Liliana Caceres Gonzalez mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.092.155.146 Expedida en Gramalote en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Angel David Paez Caceres participe del PROYECTO denominado – **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE –FASE II -VIGENCIA 2024**”, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ **Imagen** ☒ **Frases** ☒ **Declaraciones** ☒ **Testimonios** ☒ **Retrato fotográfico** ☒ **Locaciones** ☒ **Pinturas** ☒ **creaciones** ☒ **Fotografías** ☒ **Videos** ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo **autorizo** a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención.

Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Sandra Liliana Caceres

Nombre y firma Acudiente

C.C. 1.092.155.146

Celular: 320 8570975

Email: artisticario@gmail.com

Nombre y firma de Participante

C.C.

Celular:

Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**

**Nit: 890.501.404-1**



CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 21

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES        |                                   |         |            |
|-------------------------|-----------------------------------|---------|------------|
| Primer Apellido         | Meza                              |         |            |
| Segundo Apellido        | Becerra                           |         |            |
| Primer Nombre           | William                           |         |            |
| Segundo Nombre          | Santiago                          |         |            |
| Doc. de identidad       | 1092754210                        | Edad    | 79         |
| Dirección de residencia | Vereda Villavieja finca el tiempo |         | Teléfono   |
| E-mail                  |                                   | Celular | 3143800021 |
| Institución Educativa   |                                   | Grado   |            |

| DATOS FAMILIARES        |                            |         |            |
|-------------------------|----------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Jesús Santiago Meza García |         |            |
| Ocupación               | campesino                  | Celular | 3136344695 |
| Dirección de residencia | Vereda el tiempo           |         |            |
| Nombre de la Madre      | Martha Isabel Becerra Vega |         |            |
| Ocupación               | ama de casa                | Celular | 3136344695 |
| Dirección de residencia | Vereda el tiempo           |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                       |    |    |            |            |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|------------|------------|--|--|--|
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                   |    |    |            | Confidente |  |  |  |
| Sistema                                                                                                                                             | SI | NO | Futuro     |            |  |  |  |
| Fracturas                                                                                                                                           | SI | NO | Cuáles     | Dónde      |  |  |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                             | SI | NO | Cuáles     |            |  |  |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                   | SI | NO | Cuáles     |            |  |  |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                      |    |    | 3143800021 | Teléfono   |  |  |  |
| A continuación como acudiente responsable del participante firma en consentimiento y el consentimiento a cargo con los fines del proceso formativo. |    |    |            |            |  |  |  |
| Firma y Cédula Acudiente                                                                                                                            |    |    |            |            |  |  |  |

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casas Urbano  
contratacion@gramalote-nortesantander.gov.co  
www.gramalote-nortesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
2024-2027



## CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

### AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, William Santiago Mesa Becerra mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 7042134210 Expedida en Gramalote, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) William Santiago Mesa Becerra participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024**\*, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

William Santiago Mesa Becerra

Nombre y firma Acudiente

C.C. 7042134210

Celular: 3143800021

Email:

William Santiago Mesa Becerra

Nombre y firma de Participante

C.C. 7042134210

Celular: 3143800021

Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
Nif: 890.501.404-1



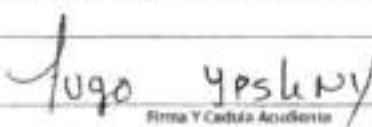
**ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE**  
2024-2027

CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 22

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES                                                                                                                                           |                                     |      |                                     |          |             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------|-------------------------------------|----------|-------------|
| Apellido                                                                                                                                                   | Graterol                            |      |                                     |          |             |
| Segundo Apellido                                                                                                                                           | lugo                                |      |                                     |          |             |
| Primer Nombre                                                                                                                                              | Yonaiker                            |      |                                     |          |             |
| Segundo Nombre                                                                                                                                             | Jose                                |      |                                     |          |             |
| Doc. de Identidad                                                                                                                                          | 4974366                             | Edad | 10 años                             |          |             |
| Ubicación del Domicilio                                                                                                                                    | Vereda miraflores                   |      |                                     |          |             |
| E-mail                                                                                                                                                     | lugoyeshuy@gmail.com                |      |                                     | Celular  | 312 2407992 |
| Institución Educativa                                                                                                                                      | Sagrado corazon de Jesús            |      |                                     | Grado    | 5to         |
| Fotografía                                                                                                                                                 |                                     |      |                                     |          |             |
| DATOS FAMILIARES                                                                                                                                           |                                     |      |                                     |          |             |
| Nombre del Padre                                                                                                                                           | Jose Francisco Graterol             |      |                                     |          |             |
| Ocupación                                                                                                                                                  | Obrero                              |      |                                     | Celular  | 316-7748904 |
| Ubicación del Domicilio                                                                                                                                    | Vereda miraflores                   |      |                                     |          |             |
| Nombre de la Madre                                                                                                                                         | Yeshuy lugo                         |      |                                     |          |             |
| Ocupación                                                                                                                                                  | Ana de casa                         |      |                                     | Celular  | 312 2407992 |
| Dirección de residencia                                                                                                                                    | Vereda miraflores                   |      |                                     |          |             |
| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                              |                                     |      |                                     |          |             |
| Nombre del Seguro Médico o EPS                                                                                                                             |                                     |      |                                     |          |             |
| Si                                                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | NO   |                                     |          |             |
| Tratamiento                                                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> | NO   |                                     |          |             |
| Problemas respiratorios                                                                                                                                    | SI                                  | NO   | <input checked="" type="checkbox"/> | Cuáles   |             |
| Toma medicamentos                                                                                                                                          | SI                                  | NO   | <input checked="" type="checkbox"/> | Cuáles   |             |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                             |                                     |      |                                     | Teléfono | 312 2407992 |
| A continuación el/los estudiante/s responsable/s del participante firma en reconocimiento a su compromiso a cumplir con los alcances del presente formato. |                                     |      |                                     |          |             |
| <br>Yeshuy lugo<br>Firma Y Cédula Académica                             |                                     |      |                                     |          |             |

Alcaldía Municipal de Gramalote  
N°. 870.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote.norteantioquien.gov.co  
www.gramalote.norteantioquien.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
2024-2027



**AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, Yeshuv Lugo mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 4635198 Expedida en Colombia en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024**-, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural, autorizo para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

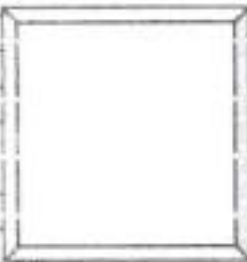
Lugo Yeshuv  
 Nombre y firma Acudiente  
 C.C. 4635198  
 Celular: 312 240 7992  
 Email: lugoyeshuv@gmail.com

Yonairer José Graterol Lugo  
 Nombre y firma de Participante  
 C.C. 4474366  
 Celular: 312 240 7992  
 Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE**
**FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N°** 23
**"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".**

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES                                                                                                                     |  |  |  |       |  |                         |  |                        |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|-------|--|-------------------------|--|------------------------|--|
|                                                   |  |  |  |       |  |                         |  |                        |  |
|                                                                                                                                      |  |  |  |       |  | Segundo Apellido        |  | Barrera                |  |
|                                                                                                                                      |  |  |  |       |  | Primer Nombre           |  | Gutiérrez              |  |
|                                                                                                                                      |  |  |  |       |  | Segundo Nombre          |  | Jorge                  |  |
|                                                                                                                                      |  |  |  |       |  | Doc. de Identidad       |  | Andrés                 |  |
|                                                                                                                                      |  |  |  |       |  | Edad                    |  | 1.092.156.398          |  |
|                                                                                                                                      |  |  |  |       |  | Dirección de residencia |  | H2 21. CS 15           |  |
|                                                                                                                                      |  |  |  |       |  | E-mail                  |  | Jorgebarrera@gmail.com |  |
| Institución Educativa                                                                                                                |  |  |  | Grado |  |                         |  |                        |  |
| 3134440751                                                                                                                           |  |  |  |       |  |                         |  |                        |  |
| DATOS FAMILIARES                                                                                                                     |  |  |  |       |  |                         |  |                        |  |
| Nombre del Padre                                                                                                                     |  |  |  |       |  |                         |  |                        |  |
| Jesús Barrera Peñaranda                                                                                                              |  |  |  |       |  |                         |  |                        |  |
| Ocupación                                                                                                                            |  |  |  |       |  |                         |  |                        |  |
| Docente                                                                                                                              |  |  |  |       |  |                         |  |                        |  |
| Celular                                                                                                                              |  |  |  |       |  |                         |  |                        |  |
| 3138173968                                                                                                                           |  |  |  |       |  |                         |  |                        |  |
| Dirección de residencia                                                                                                              |  |  |  |       |  |                         |  |                        |  |
| H2 21 CS 15                                                                                                                          |  |  |  |       |  |                         |  |                        |  |
| Nombre de la Madre                                                                                                                   |  |  |  |       |  |                         |  |                        |  |
| María Eugenia Gutiérrez Ayala                                                                                                        |  |  |  |       |  |                         |  |                        |  |
| Ocupación                                                                                                                            |  |  |  |       |  |                         |  |                        |  |
| Madre Comunitaria                                                                                                                    |  |  |  |       |  |                         |  |                        |  |
| Celular                                                                                                                              |  |  |  |       |  |                         |  |                        |  |
| 323 896 3492                                                                                                                         |  |  |  |       |  |                         |  |                        |  |
| Dirección de residencia                                                                                                              |  |  |  |       |  |                         |  |                        |  |
| H2 21 CS 15                                                                                                                          |  |  |  |       |  |                         |  |                        |  |
| DATOS MÉDICOS                                                                                                                        |  |  |  |       |  |                         |  |                        |  |
| Nombre del Seguro Médico o EPS                                                                                                       |  |  |  |       |  |                         |  |                        |  |
| EPS Sanitas                                                                                                                          |  |  |  |       |  |                         |  |                        |  |
| Símbolo                                                                                                                              |  |  |  |       |  |                         |  |                        |  |
| SI X NO                                                                                                                              |  |  |  |       |  |                         |  |                        |  |
| Puntaje                                                                                                                              |  |  |  |       |  |                         |  |                        |  |
| A5                                                                                                                                   |  |  |  |       |  |                         |  |                        |  |
| Tratamiento                                                                                                                          |  |  |  |       |  |                         |  |                        |  |
| SI NO X                                                                                                                              |  |  |  |       |  |                         |  |                        |  |
| Cualquier                                                                                                                            |  |  |  |       |  |                         |  |                        |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                              |  |  |  |       |  |                         |  |                        |  |
| SI NO X                                                                                                                              |  |  |  |       |  |                         |  |                        |  |
| Cuales                                                                                                                               |  |  |  |       |  |                         |  |                        |  |
| Toma medicamentos                                                                                                                    |  |  |  |       |  |                         |  |                        |  |
| SI NO X                                                                                                                              |  |  |  |       |  |                         |  |                        |  |
| Cuales                                                                                                                               |  |  |  |       |  |                         |  |                        |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                       |  |  |  |       |  |                         |  |                        |  |
| Jesús Barrera                                                                                                                        |  |  |  |       |  |                         |  |                        |  |
| Teléfono                                                                                                                             |  |  |  |       |  |                         |  |                        |  |
| 3738173968                                                                                                                           |  |  |  |       |  |                         |  |                        |  |
| A continuación como responsable del participante firmo en conocimiento y me comprometo a cumplir con los roles del presente formato. |  |  |  |       |  |                         |  |                        |  |
| Firma y Celular Acudiente                                                                                                            |  |  |  |       |  |                         |  |                        |  |

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
 NIT: 690.501.404-1

 CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
 contratacion@gramalote-nortedelosantander.gov.co  
 www.gramalote-nortedelosantander.gov.co

**ALCALDÍA DE**  
**GRAMALOTE**  
 2024-2027

### AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Jorge Andres Barrera Gutierrez mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1092156398 Expedida en Gramalote, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) participe del PROYECTO denominado - ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024", realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Vídeos ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estas.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Nombre y firma Acudiente  
 C.C.  
 Celular:  
 Email:

Jorge Barrera  
 Nombre y firma de Participante  
 C.C. 1092156398  
 Celular: 31344407  
 Email: Jorgebarrera@gmail.com

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**





**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE**
**FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N°** 24
**"ESCUELA DE FORMACIÓN ARTÍSTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".**

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES        |                                |         |            |
|-------------------------|--------------------------------|---------|------------|
| Primer Apellido         | Botello                        |         |            |
| Segundo Apellido        | Sanchez                        |         |            |
| Primer Nombre           | Dylan                          |         |            |
| Segundo Nombre          | Jose                           |         |            |
| Doc. de Identidad       | T.1 1.093.606.871              | Edad    | 8          |
| Dirección de residencia | Manzana 6 casa 23a, Santa Rosa |         |            |
| E-mail                  | dylancarlo.2325@gmail.com      | Celular | 3125472726 |
| Institución Educativa   | Sagrado Corazón de Jesús       |         | Grado 3º   |

| DATOS FAMILIARES        |                                |         |            |
|-------------------------|--------------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Henry León                     |         |            |
| Ocupación               | Agricultor                     | Celular | 3124777562 |
| Dirección de residencia | Manzana 6 Casa 23a, Santa Rosa |         |            |
| Nombre de la Madre      | Maria Sanchez Gutierrez        |         |            |
| Ocupación               | Hogar                          | Celular | 3125472726 |
| Dirección de residencia | Manzana 6 casa 23a, Santa Rosa |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                                                                                           |                                                                    |         |                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------|---------------------|
| Nombre del Seguro Médico o EPS                                                                                                                                                                                          | Sanitas                                                            |         |                     |
| Sexo                                                                                                                                                                                                                    | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Puntaje |                     |
| Fracturas                                                                                                                                                                                                               | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cedado  |                     |
| Problemas respiratorios                                                                                                                                                                                                 | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuáles  |                     |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                                                                                       | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuáles  |                     |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                                                                                          | Maria Sanchez                                                      |         | Teléfono 3125472726 |
| A continuación como accidente responsable del participante firma su consentimiento y me comprometo a cumplir con los deberes del proceso formativo.                                                                     |                                                                    |         |                     |
| <div style="text-align: center;"> <br/>           Maria Sanchez CC 1007155426.<br/>           Firma y Cédula Acusante         </div> |                                                                    |         |                     |

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
 Nit: 890.501.404-1

 CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL.- Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
 contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
 www.gramalote-nortedesantander.gov.co

**ALCALDÍA DE GRAMALOTE**  
 2024-2027

### AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Maria del Carmen Sanchez mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1092155426 Expedida en Gramalote, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Dylan Jose Botello Sanchez participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024**-, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe, así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Maria Sanchez  
 Nombre y firma Acudiente

C.C. 1092155426

Celular: 3125477726

Email: dylancaia.2328@gmail.com

Dylan Jose Botello S.

Nombre y firma de Participante

C.C. 1093606871

Celular:

Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**

**Nit: 890.501.404-1**

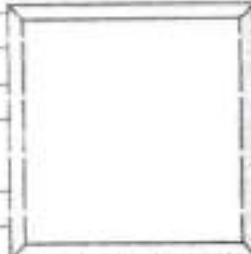


CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 25

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

|                                                       |                            |      |           |                                                                                     |                  |
|-------------------------------------------------------|----------------------------|------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| DATOS PERSONALES <u>Ruben Darío Mendoza Pardo</u>     |                            |      |           |  |                  |
| Primer Apellido                                       | <u>Mendoza</u>             |      |           |                                                                                     |                  |
| Segundo Apellido                                      | <u>Pardo</u>               |      |           |                                                                                     |                  |
| Primer Nombre                                         | <u>Ruben</u>               |      |           |                                                                                     |                  |
| Segundo Nombre                                        | <u>Dario</u>               |      |           |                                                                                     |                  |
| Doc. de identidad                                     | <u>1.092.156.314</u>       | Edad | <u>27</u> |                                                                                     |                  |
| Teléfono de contacto <u>Mz 69 casa #7 - la Jomita</u> |                            |      |           |                                                                                     |                  |
| E-mail                                                | <u>vpardoc61@gmail.com</u> |      |           |                                                                                     |                  |
| Institución Educativa                                 | <u>N/A</u>                 |      |           | Grado                                                                               | <u>Preterono</u> |

|                                                          |                    |         |                   |
|----------------------------------------------------------|--------------------|---------|-------------------|
| DATOS FAMILIARES                                         |                    |         |                   |
| Nombre del Padre <u>Ruben Darío Mendoza Morales</u>      |                    |         |                   |
| Ocupación                                                | <u>Comerciante</u> | Celular | <u>3143209835</u> |
| Nombre de la Madre <u>Lorena Morales - Cucua N/O</u>     |                    |         |                   |
| Nombre de la Madre <u>Fior Maria Pardo Rojas</u>         |                    |         |                   |
| Ocupación                                                | <u>Grasera</u>     | Celular | <u>3208787900</u> |
| Dirección de residencia <u>Mz 69 casa #7 - la Jomita</u> |                    |         |                   |

|                                                                                                                                                      |                          |    |                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----|-------------------------------------|
| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                        |                          |    |                                     |
| Nombre del seguro Médico o F.P.S.                                                                                                                    |                          |    |                                     |
| Salud                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | NO | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tratamiento                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | NO | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Problemas respiratorios                                                                                                                              | SI                       | NO | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                    | SI                       | NO | <input checked="" type="checkbox"/> |
| En caso de emergencia llamar a <u>Fior Pardo</u>                                                                                                     |                          |    | Teléfono <u>3208787900</u>          |
| A continuación, como acudiente responsable del participante firmo en consentimiento y me comprometo a cumplir con los datos del presente formulario. |                          |    |                                     |
| Firma y Cedula Acudiente                                                                                                                             |                          |    |                                     |

Alcaldía Municipal de Gramalote  
N°: 670.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contactacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
2024-2027



### AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Ruben Dario Mendez Pardo mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.092.156.374 Expedida en Gramalote en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) participe del PROYECTO denominado - ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024", realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe, así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, doy mi consentimiento y mi Hijo(a) da su asentimiento, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Nombre y firma Acudiente

C.C.

Celular:

Email:

Ruben Dario Mendez Pardo

Ruben Dario Mendez Pardo  
 Nombre y firma de Participante

C.C. 1.092.156.374.

Celular: 3227312881.

Email: 19020061@gmail.com.

Alcaldía Municipal de Gramalote

Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nueva Canea Urbana

correo electronico: gramalote@gramalote.gov.co

www.gramalote-nuestrociudad.gov.co



**ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE**  
 2024-2027

CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 26

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través de Concertación Cultural.



| DATOS PERSONALES        |                                  |      |         |
|-------------------------|----------------------------------|------|---------|
| Primer Apellido         | parra                            |      |         |
| Segundo Apellido        | Tuta                             |      |         |
| Primer Nombre           | Dylan                            |      |         |
| Segundo Nombre          | Matinas                          |      |         |
| Doc. de identidad       | 7091992672                       | Edad | 70      |
| dirección de residencia | Manzana 7013 surta 2             |      | celular |
| E-mail                  | 1.º lian 020582@gmail            |      | celular |
| Institución Educativa   | Colegio Sagrado Corazón de Jesús |      | Grado   |
|                         |                                  |      | 5 -     |

| DATOS FAMILIARES        |                             |         |            |
|-------------------------|-----------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Franklin parra garcia       |         |            |
| Ocupación               | independiente               | Celular |            |
| dirección de residencia | Cucuta                      |         |            |
| Nombre de la Madre      | Liliana Marcela tuta Arvalo |         |            |
| Ocupación               | gramalote                   | Celular | 3104952516 |
| dirección de residencia | enfermera                   |         |            |

| DATOS MEDICOS                                                                                                                            |    |    |           |                    |  |            |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-----------|--------------------|--|------------|--|
| Nombre del Seguro Medico o E.P.S.                                                                                                        |    |    |           | con familiar       |  |            |  |
| Sistema                                                                                                                                  | SI | NO | Puntaje   |                    |  |            |  |
| Tratamiento                                                                                                                              | SI | NO | Cobertura |                    |  |            |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                  | SI | NO | Cuáles    |                    |  |            |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                        | SI | NO | Cuáles    |                    |  |            |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                           |    |    |           | Maricela A. Arvalo |  | Teléfono   |  |
|                                                                                                                                          |    |    |           |                    |  | 3104952516 |  |
| A continuación como responsable del participante firmo el consentimiento y me comprometo a cumplir con las reglas del proceso formativo. |    |    |           |                    |  |            |  |
| Maricela Arvalo Romero                                                                                                                   |    |    |           |                    |  |            |  |
| Firma y Cédula Acudiente                                                                                                                 |    |    |           |                    |  |            |  |

Alcaldía Municipal de Gramalote

Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casas Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
2024-2027

### AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Maricela Arevalo mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 27720475 Expedida en Gramalote en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024** realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que use mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe, así mismo **autorizo** a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Maricela Arevalo  
 Nombre y firma Acudiente  
 C.C. 27720475  
 Celular: 3104259516  
 Email: liano20582@gmail

Dylan Arevalo  
 Nombre y firma de Participante  
 C.C. 1091992672  
 Celular: 3708127472  
 Email: liano20582@gmail

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
 contactacion@gramalote.gov.co | contacto@gramalote.gov.co  
 www.gramalote-nordobosantander.gov.co



**ALCALDÍA DE**  
**GRAMALOTE**  
**2024-2027**

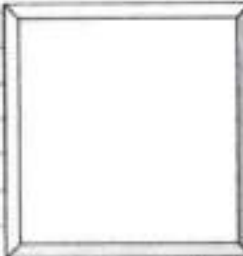


CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. Nº 27

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES        |                          |      |                                                                                     |            |    |
|-------------------------|--------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|----|
| Primer Apellido         | Díaz                     |      |  |            |    |
| Segundo Apellido        | Nuncio                   |      |                                                                                     |            |    |
| Primer Nombre           | Daniel                   |      |                                                                                     |            |    |
| Segundo Nombre          | Felipe                   |      |                                                                                     |            |    |
| Doc. de identidad       | 1091990067               | Edad |                                                                                     |            |    |
| Dirección de residencia | Manzana 1 Casa 21        |      | Teléfono Celular                                                                    | 3214855877 |    |
| E-mail                  |                          |      |                                                                                     |            |    |
| Institución Educativa   | Sagrado Corazón de Jesús |      |                                                                                     | Grado      | 6° |

| DATOS FAMILIARES        |                               |         |            |
|-------------------------|-------------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Mario Alberto Díaz Niño       |         |            |
| Ocupación               | Técnico de TV                 | Celular | 3118648761 |
| Dirección de residencia | M1 c-21 calle Real            |         |            |
| Nombre de la Madre      | Carmen Ismelda Nuncio Arévalo |         |            |
| Ocupación               | Hogar                         | Celular |            |
| Dirección de residencia | M1 c-21 calle Real            |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                        |                                        |          |            |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------|------------|--|
| Nombre del Seguro Médico S.F.P.S.                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                        |                                        |          |            |  |
| Sabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/>            | Puntaje  |            |  |
| Fracturas                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | SI <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuándo   | Dónde      |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuales   |            |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SI <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuales   |            |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Ismelda N                              |                                        | Teléfono | 3214855877 |  |
| <p><small>Al continuar como acudiente responsable del participante firmo en consentimiento y me comprometo a cumplir con las reglas del proceso formativo.</small></p> <p> 27720738 de Gte.</p> <p>Firma Y Cédula Acudiente</p> |                                        |                                        |          |            |  |

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nº: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL, - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote.nortedesantander.gov.co  
www.gramalote.nortedesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
2024-2027



## CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

### AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Carmen Ismelda Nuncira A mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 27720738 Expedida en Gramalote, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Daniel Felipe Diaz Nuncira participe del PROYECTO denominado - ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024", realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Vídeos ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, doy mi consentimiento y mi Hijo(a) da su asentimiento, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Carmen Ismelda Nuncira A

Nombre y firma Acordiente

C.C. 27720738

Celular: 9214855877

Email: ismeldanuncirarevalo75@gmail.com

Nombre y firma de Participante

C.C.

Celular: 3232009562

Email: diaznuncira.daniel.felipe@gmail.com

Alcaldía Municipal de Gramalote

Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano

contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co

www.gramalote-nortedesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE

2024-2027

CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 28

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".

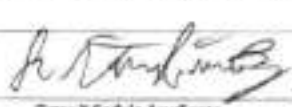
Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES        |                           |      |    |  |              |
|-------------------------|---------------------------|------|----|--|--------------|
| Primer Apellido         | Ramirez                   |      |    |  |              |
| Segundo Apellido        | Bayona                    |      |    |  |              |
| Primer Nombre           | Emmanuel                  |      |    |  |              |
| Segundo Nombre          | 2092738926                |      |    |  |              |
| Doc. de Identidad       |                           | Edad | 10 |  |              |
| UBICACIÓN DE RESIDENCIA | M2.38.CA.6A B.Santa Anita |      |    |  | Verificación |
| E-mail                  |                           |      |    |  | Celular      |
| Institución Educativa   | Sagrada corazón           |      |    |  | Grado        |

| DATOS FAMILIARES        |                           |  |  |         |             |
|-------------------------|---------------------------|--|--|---------|-------------|
| Nombre del Padre        | Jesus Saniel Ramirez      |  |  |         |             |
| Ocupación               | Comerciante               |  |  | Celular | 314-4807938 |
| Dirección de residencia | M2.38.CA.6A B.Santa Anita |  |  |         |             |
| Nombre de la Madre      |                           |  |  |         |             |
| Ocupación               |                           |  |  | Celular |             |
| Dirección de residencia |                           |  |  |         |             |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |                                        |                                        |         |          |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|---------|----------|-------------|
| Nombre del Seguro Médico ó E.P.S.                                                                                                                  |                                        |                                        |         |          |             |
| Sísten                                                                                                                                             | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/>            | Postaje | A2       |             |
| Fracturas                                                                                                                                          | SI <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Catido  |          | Donde       |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            | SI <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Catido  |          |             |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  | SI <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Catido  |          |             |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     | Jesus Ramirez                          |                                        |         | Teléfono | 314-4807938 |
| A continuación como asistente responsable del participante firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con los clases del proceso formativo. |                                        |                                        |         |          |             |
| <br>Firma Y Cédula Asistente 3479906                            |                                        |                                        |         |          |             |

Alcaldía Municipal de Gramalote  
NIT: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Centro Urbano  
contratacion@gramalote-nortesantander.gov.co  
www.gramalote-nortesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
2024-2027



### AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Jesús Samuel Ramírez mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 5499906 Expedida en sardínaga en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Emmanuel Ramírez participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024** realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

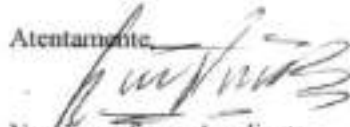
Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ **Imagen** ☒ **Frases** ☒ **Declaraciones** ☒ **Testimonios** ☒ **Retrato fotográfico** ☒ **Locaciones** ☒ **Pinturas** ☒ **creaciones** ☒ **Fotografías** ☒ **Videos** ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

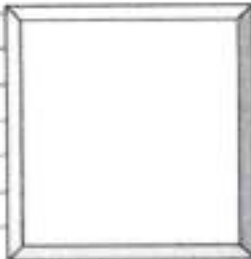
  
 Nombre y firma Acudiente  
 C.C. 5499906  
 Celular: 314-4809938  
 Email:

Emmanuel Ramírez  
 Nombre y firma de Participante Emmanuel Ramírez  
 C.C. 1092738928  
 Celular:  
 Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE**
**FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N°** 29
**"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".**

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES                                                                                                                                                   |    |                      |         |      |        |                                                                                     |             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------|---------|------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Primer Apellido                                                                                                                                                    |    | Osoño                |         |      |        |  |             |
| Segundo Apellido                                                                                                                                                   |    | Osoño                |         |      |        |                                                                                     |             |
| Primer Nombre                                                                                                                                                      |    | Richard              |         |      |        |                                                                                     |             |
| Segundo Nombre                                                                                                                                                     |    | Andrés               |         |      |        |                                                                                     |             |
| Doc. de Identidad                                                                                                                                                  |    | 1006993163           |         | Edad |        |                                                                                     |             |
| Dirección de residencia                                                                                                                                            |    |                      |         |      |        | Teléfono                                                                            | 312 4980156 |
| E-mail                                                                                                                                                             |    | OsoñoAndrés@mail.com |         |      |        | Celular                                                                             |             |
| Institución Educativa                                                                                                                                              |    |                      |         |      |        | Grado                                                                               | 11          |
| DATOS FAMILIARES                                                                                                                                                   |    |                      |         |      |        |                                                                                     |             |
| Nombre del Padre                                                                                                                                                   |    | Pablo Osoño          |         |      |        |                                                                                     |             |
| Ocupación                                                                                                                                                          |    | Campesino            |         |      |        | Celular                                                                             |             |
| Dirección de residencia                                                                                                                                            |    | Valderama            |         |      |        |                                                                                     |             |
| Nombre de la Madre                                                                                                                                                 |    | Orfelina Osoño       |         |      |        |                                                                                     |             |
| Ocupación                                                                                                                                                          |    | Ama de casa          |         |      |        | Celular                                                                             |             |
| Dirección de residencia                                                                                                                                            |    | Valderama            |         |      |        |                                                                                     |             |
| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                                      |    |                      |         |      |        |                                                                                     |             |
| Nombre del Seguro Médico o S.P.S.                                                                                                                                  |    |                      |         |      |        |                                                                                     |             |
| Sistema                                                                                                                                                            | SI | NO                   | Puntaje | A5   |        |                                                                                     |             |
| Fracturas                                                                                                                                                          | SI | NO                   | Cuando  |      |        | Donde                                                                               |             |
| Problemas respiratorios                                                                                                                                            |    | SI                   | NO      | X    | Cuales |                                                                                     |             |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                                  |    | SI                   | NO      | X    | Cuales |                                                                                     |             |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                                     |    |                      |         |      |        | Teléfono                                                                            |             |
| <small>A continuación como estudiante responsable del participante firma en conocimiento y con compromiso a cumplir con los riesgos del proceso formativo.</small> |    |                      |         |      |        |                                                                                     |             |
| Firma Y Cédula Aludiente                                                                                                                                           |    |                      |         |      |        |                                                                                     |             |

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
 Nit: 890.501.404-1

 CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 6 – Nuevo Casas Urbanas  
[contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co](mailto:contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co)  
[www.gramalote-nortedesantander.gov.co](http://www.gramalote-nortedesantander.gov.co)

**ALCALDÍA DE GRAMALOTE**  
 2024-2027

CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Richard Andres OSOÑO OSOÑO mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1006993163 Expedida en Los Pájaros, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, participo del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024** realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Nombre y firma Acudiente  
C.C.  
Celular:  
Email:

Nombre y firma de Participante Richard OSOÑO  
C.C. 1006993163  
Celular: 312 4980156  
Email: OSOÑOandrea@mail.com

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1





CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. Nº 30

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES        |                           |      |          |
|-------------------------|---------------------------|------|----------|
| Primer Apellido         | Roloñ                     |      |          |
| Segundo Apellido        | Feirer                    |      |          |
| Primer Nombre           | Axl                       |      |          |
| Segundo Nombre          | Nikolas                   |      |          |
| Doc. de Identidad       | 1092/55869                | Edad | 12       |
| Ubicación de residencia | H2- 30 casa 5 Ave Granada |      | Teléfono |
| E-mail                  |                           |      | Celular  |
| Institución Educativa   | Sagrado Corazón de Jesús  |      | Grado    |
|                         |                           |      | 6A       |

| DATOS FAMILIARES        |                                |         |            |
|-------------------------|--------------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Omar Roloñ Escalante           |         |            |
| Ocupación               | Coordinador arte y pintura     | Celular |            |
| Dirección de residencia | Sta Rosa                       |         |            |
| Nombre de la Madre      | Sandra Milag Feirer            |         |            |
| Ocupación               | Coordinador programas sociales | Celular | 3145536173 |
| Dirección de residencia | H2- 30 casa 5 Ave Granada      |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                    |    |    |                                     |                     |          |            |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-------------------------------------|---------------------|----------|------------|--|
| Nombre del Seguro Médico EPS                                                                                                                     |    |    |                                     | Nueva EPS           |          |            |  |
| Usa                                                                                                                                              | SI | NO | <input checked="" type="checkbox"/> | Partajo             |          |            |  |
| Trasladar                                                                                                                                        | SI | NO | <input checked="" type="checkbox"/> | Cubierta            |          |            |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                          | SI | NO | <input checked="" type="checkbox"/> | Cubierta            |          |            |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                | SI | NO | <input checked="" type="checkbox"/> | Cubierta            |          |            |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                   |    |    |                                     | Sandra Milag Feirer | Teléfono | 3145536173 |  |
| A continuación como estudiante responsable del participante firmo mi inscripción y me comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo. |    |    |                                     |                     |          |            |  |
| <p><i>Sandra Milag Feirer E.</i> 39.020.701</p> <p>Firma y Cédula Académica</p>                                                                  |    |    |                                     |                     |          |            |  |

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nº: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote.nortedesantander.gov.co  
www.gramalote.nortedesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
2024-2027

### AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Sandra Milena Ferrer G mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 39.020.701 Expedida en EL BANCO, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024** realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Sandra Milena Ferrer  
 Nombre y firma Acudiente

C.C. 39.020.701

Celular: 3145536173

Email: samferrer02@gmail.com

Nikolas Rolon Ferrer  
 Nombre y firma de Participante

DET-1092155869

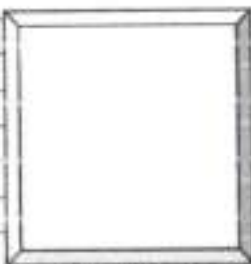
Celular: 3145536173

Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE**
**FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N°** 31
**"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".**

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES                                                                                                                                    |                                     |                                     |          |          |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|----------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Primer Apellido                                                                                                                                     | Niño                                |                                     |          |          |  |
| Segundo Apellido                                                                                                                                    | Quintero                            |                                     |          |          |                                                                                     |
| Primer Nombre                                                                                                                                       | Edgar                               |                                     |          |          |                                                                                     |
| Segundo Nombre                                                                                                                                      | Daniel                              |                                     |          |          |                                                                                     |
| Doc. de Identidad                                                                                                                                   |                                     |                                     |          | Edad     |                                                                                     |
| Dirección de residencia                                                                                                                             | Barrio Santa Anita.                 |                                     |          | Telefono | 3112295626                                                                          |
| E-mail                                                                                                                                              | niogrems@yahoo.es                   |                                     |          | Celular  |                                                                                     |
| Institución Educativa                                                                                                                               | Sagrado Corazón de Jesús            |                                     |          | Grado    | Preescolar                                                                          |
| DATOS FAMILIARES                                                                                                                                    |                                     |                                     |          |          |                                                                                     |
| Nombre del Padre                                                                                                                                    | Edgar Augusto Niño Ayala            |                                     |          |          |                                                                                     |
| Ocupación                                                                                                                                           |                                     |                                     |          |          | Celular                                                                             |
| Dirección de residencia                                                                                                                             | Gramalote Barrio Santa Anita        |                                     |          |          |                                                                                     |
| Nombre de la Madre                                                                                                                                  | Erika Patricia Quintero Guevara     |                                     |          |          |                                                                                     |
| Ocupación                                                                                                                                           |                                     |                                     |          |          | Celular                                                                             |
| Dirección de residencia                                                                                                                             | Santa Anita                         |                                     |          |          |                                                                                     |
| 322 60 72 432                                                                                                                                       |                                     |                                     |          |          |                                                                                     |
| DATOS MEDICOS                                                                                                                                       |                                     |                                     |          |          |                                                                                     |
| Nombre del Seguro Médico o EPS                                                                                                                      |                                     |                                     |          |          |                                                                                     |
| Confidente                                                                                                                                          |                                     |                                     |          |          |                                                                                     |
| Saben                                                                                                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> | NO                                  | Puntaje  |          |                                                                                     |
| Trasera                                                                                                                                             | SI                                  | NO                                  | Cedente  |          |                                                                                     |
| Problemas respiratorios                                                                                                                             | SI                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | Cuáles   |          |                                                                                     |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                   | SI                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | Cuáles   |          |                                                                                     |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                      |                                     |                                     | Telefono |          |                                                                                     |
| A continuación como autoridad responsable del participante firmo en consentimiento y me comprometo a cumplir con los deberes del proceso formativo. |                                     |                                     |          |          |                                                                                     |
| Erika Patricia Quintero Guevara                                                                                                                     |                                     |                                     |          |          |                                                                                     |
| Firma Y Cedula Asistente                                                                                                                            |                                     |                                     |          |          |                                                                                     |

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
 Nit: 890.501.404-1

 CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
[contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co](mailto:contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co)  
[www.gramalote-nortedesantander.gov.co](http://www.gramalote-nortedesantander.gov.co)

**ALCALDÍA DE**  
**GRAMALOTE**  
 2024-2027



### AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Enke Patricia Quintana Guevara, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 271722847 Expedida en Gramalote, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE - FASE II - VIGENCIA 2024**", realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo **autorizo** a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Enke Patricia Quintana G  
 Nombre y firma Acudiente  
 C.C. 271722847  
 Celular: 322 6072432  
 Email:

Nombre y firma de Participante  
 C.C.  
 Celular:  
 Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nº: 890.501.404-1**

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
 contacto@gramalote-norteantioquiense.gov.co  
 www.gramalote-norteantioquiense.gov.co



**ALCALDÍA DE**  
**GRAMALOTE**  
**2024-2027**

CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 32

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES                                                                                                                    |  |                                |    |                     |  |                   |  |          |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------|----|---------------------|--|-------------------|--|----------|--|
|                                                  |  |                                |    |                     |  |                   |  |          |  |
|                                                                                                                                     |  |                                |    |                     |  | Primer Apellido   |  | Lara     |  |
|                                                                                                                                     |  |                                |    |                     |  | Segundo Apellido  |  | Escobar  |  |
|                                                                                                                                     |  |                                |    |                     |  | Primer Nombre     |  | Eduardo  |  |
|                                                                                                                                     |  |                                |    |                     |  | Segundo Nombre    |  | Santiago |  |
|                                                                                                                                     |  |                                |    |                     |  | Doc. de identidad |  | Edad     |  |
| Dirección de residencia                                                                                                             |  |                                |    | Celular             |  |                   |  |          |  |
| E-mail                                                                                                                              |  | MEN 6 casa 22 A                |    | 3213775790          |  |                   |  |          |  |
| Institución Educativa                                                                                                               |  | colegio sordo corazón de Jesús |    | Grado 6-B           |  |                   |  |          |  |
| DATOS FAMILIARES                                                                                                                    |  |                                |    |                     |  |                   |  |          |  |
| Nombre del Padre                                                                                                                    |  | Francisco Lara Moreno          |    |                     |  |                   |  |          |  |
| Ocupación                                                                                                                           |  | Celular                        |    | 3214619253          |  |                   |  |          |  |
| Dirección de residencia                                                                                                             |  |                                |    |                     |  |                   |  |          |  |
| Nombre de la Madre                                                                                                                  |  | Carmen Amparo Escobar Mora     |    |                     |  |                   |  |          |  |
| Ocupación                                                                                                                           |  | Celular                        |    | 3223775790          |  |                   |  |          |  |
| Dirección de residencia                                                                                                             |  | MEN 6 casa 22 A                |    |                     |  |                   |  |          |  |
| DATOS MÉDICOS                                                                                                                       |  |                                |    |                     |  |                   |  |          |  |
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                   |  |                                |    |                     |  |                   |  |          |  |
| Saben                                                                                                                               |  | SI                             | NO | Participa           |  |                   |  |          |  |
| Tiene                                                                                                                               |  | SI                             | NO | Dónde               |  |                   |  |          |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                             |  | SI                             | NO | Cual es             |  |                   |  |          |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                   |  | SI                             | NO | Cual es             |  |                   |  |          |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                      |  | Mamá Carmen Escobar            |    | Teléfono 3223775790 |  |                   |  |          |  |
| A continuación como asistente responsable del participante firma se comprometo a cumplir con las obligaciones del presente formato. |  |                                |    |                     |  |                   |  |          |  |
| Firma y Cédula de Asistencia                                                                                                        |  |                                |    |                     |  |                   |  |          |  |

Alcaldía Municipal de Gramalote  
N°: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Camco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
2024-2027

**AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, Francisco Leal Medina mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 88167969 Expedida en Gramalote en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024** realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe, así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención.

Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

[Firma]  
Nombre y firma Acudiente  
C.C. 88167969  
Celular:  
Email: 321489253

[Firma]  
Nombre y firma de Participante  
C.C.  
Celular:  
Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contacto@gramalote.noctedasantander.gov.co  
www.gramalote.noctedasantander.gov.co



**ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE**  
**2024-2027**



**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE**
**FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N°** 33
**"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".**

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES        |                                     |      |    |         |            |
|-------------------------|-------------------------------------|------|----|---------|------------|
| Primer Apellido         | Leal                                |      |    |         |            |
| Segundo Apellido        | Escalante                           |      |    |         |            |
| Primer Nombre           | Marlon                              |      |    |         |            |
| Segundo Nombre          | Daniel                              |      |    |         |            |
| Doc. de Identidad       | 1004896739                          | Edad | 21 |         |            |
| Dirección de residencia | Bosque Rosa MZA 6 CUA 22a           |      |    |         | Ubicación  |
| E-mail                  | MarlonDanielLealEscalante@gmail.com |      |    | Celular | 3204198446 |
| Institución Educativa   | Colegio Sagrado Corazón de Jesús    |      |    | Grado   | 11°        |

| DATOS FAMILIARES        |                              |         |            |  |  |
|-------------------------|------------------------------|---------|------------|--|--|
| Nombre del Padre        | Francisco Leal Medina        |         |            |  |  |
| Ocupación               |                              | Celular | 3214819253 |  |  |
| Dirección de residencia | Bosque Rosa MZA 6 CUA 22a    |         |            |  |  |
| Nombre de la Madre      | Carmen Emilia Escalante Mora |         |            |  |  |
| Ocupación               | Comerciante                  | Celular | 3213775790 |  |  |
| Dirección de residencia | MZA 6 CUA 22a                |         |            |  |  |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |             |    |                                     |          |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----|-------------------------------------|----------|------------|
| Nombre del Seguro Médico E.P.S.                                                                                                                    |             |    |                                     |          |            |
| Síntesis                                                                                                                                           | SI          | NO | Puntaje                             |          |            |
| Fracturas                                                                                                                                          | SI          | NO | <input checked="" type="checkbox"/> | Celular  | Dónde      |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            | SI          | NO | <input checked="" type="checkbox"/> | Celular  |            |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  | SI          | NO | <input checked="" type="checkbox"/> | Celular  |            |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     | Emilia Mora |    |                                     | Teléfono | 3213775790 |
| A continuación como acudiente responsable del participante firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las reglas del proceso formativo. |             |    |                                     |          |            |
| Firma y Cédula Acudiente                                                                                                                           |             |    |                                     |          |            |

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
 Nit: 890.501.404-1

 CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL. – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
[contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co](mailto:contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co)  
[www.gramalote-nortedesantander.gov.co](http://www.gramalote-nortedesantander.gov.co)

**ALCALDÍA DE GRAMALOTE**  
 2024-2027

### AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Nelson Daniel Leal Escalante mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 4004896939 Expedida en Gramalote en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) participe del PROYECTO denominado – **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE –FASE II -VIGENCIA 2024**”, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Para que usen mi o su Nombre ☒ **Imagen** ☒ **Frases** ☒ **Declaraciones** ☒ **Testimonios** ☒ **Retrato fotográfico** ☒ **Locaciones** ☒ **Pinturas** ☒ **creaciones** ☒ **Fotografías** ☒ **Videos** ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo **autorizo** a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Nombre y firma Acudiente  
C.C.  
Celular:  
Email:

Nelson Daniel Leal Escalante  
Nelson Leal  
Nombre y firma de Participante  
C.C. 4004896939  
Celular: 3204198446  
Email: NelsonDanielLealEscalante@gmail.com

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

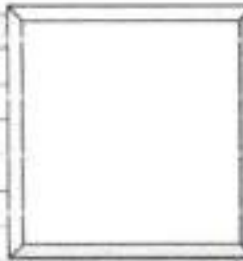
CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Centro Urbano  
contactenos@alcaldiagramalote.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



**ALCALDÍA DE**  
**GRAMALOTE**  
**2024-2027**

**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE**
**FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N°** 34
**"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".**

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES                                                                                                                                 |  |                                 |  |          |         |          |                                                                                     |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------|--|----------|---------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| Primer Apellido                                                                                                                                  |  | García                          |  |          |         |          |  |  |  |
| Segundo Apellido                                                                                                                                 |  | Mendez                          |  |          |         |          |                                                                                     |  |  |
| Primer Nombre                                                                                                                                    |  | Héctor                          |  |          |         |          |                                                                                     |  |  |
| Segundo Nombre                                                                                                                                   |  | Gabriel                         |  |          |         |          |                                                                                     |  |  |
| Dir. de Identidad                                                                                                                                |  | GB28353                         |  |          | Edad 18 |          |                                                                                     |  |  |
| Dirección de residencia                                                                                                                          |  | Gramalote Me. 18 Casa 18        |  |          | Celular |          |                                                                                     |  |  |
| E-mail                                                                                                                                           |  |                                 |  |          | Celular |          | 11                                                                                  |  |  |
| Institución Educativa                                                                                                                            |  | Instituto Tecnico Agrario (ITA) |  |          | Grado   |          | 10º                                                                                 |  |  |
| DATOS FAMILIARES                                                                                                                                 |  |                                 |  |          |         |          |                                                                                     |  |  |
| Nombre del Padre                                                                                                                                 |  | Manuel David García Vivas       |  |          |         |          |                                                                                     |  |  |
| Ocupación                                                                                                                                        |  | Ingeniero en sistemas           |  |          | Celular |          | x                                                                                   |  |  |
| Dirección de residencia                                                                                                                          |  |                                 |  |          |         |          |                                                                                     |  |  |
| Nombre de la Madre                                                                                                                               |  | Andrea Cecilia Martínez María   |  |          |         |          |                                                                                     |  |  |
| Ocupación                                                                                                                                        |  | Ingeniera Civil                 |  |          | Celular |          | 3133062838                                                                          |  |  |
| Dirección de residencia                                                                                                                          |  | Gramalote Me. 18 Casa 18        |  |          |         |          |                                                                                     |  |  |
| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                    |  |                                 |  |          |         |          |                                                                                     |  |  |
| Nombre del Seguro Médico o EPS                                                                                                                   |  |                                 |  |          |         |          |                                                                                     |  |  |
| Si                                                                                                                                               |  | NO                              |  | Funtaje  |         |          |                                                                                     |  |  |
| Si                                                                                                                                               |  | NO                              |  | Cubierta |         | Duda     |                                                                                     |  |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                          |  | Si                              |  | NO       |         | Cubierta |                                                                                     |  |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                |  | Si                              |  | NO       |         | Cubierta |                                                                                     |  |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                   |  |                                 |  | Teléfono |         |          |                                                                                     |  |  |
| A continuación como estudiante responsable del participante firmo en conocimiento y me comprometo a cumplir con los deberes del presente formato |  |                                 |  |          |         |          |                                                                                     |  |  |
|  N°-GB28353                                                   |  |                                 |  |          |         |          |                                                                                     |  |  |
| Firma Y Código Alumno                                                                                                                            |  |                                 |  |          |         |          |                                                                                     |  |  |

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
 NIT: 890.501.404-1

 CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
 contratación@gramalote.nortesantander.gov.co  
 www.gramalote.nortesantander.gov.co

**ALCALDÍA DE**  
**GRAMALOTE**  
 2024-2027



## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Heidelberth Gabriel Guevara Mendez mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 6878353 Expedida en Cúcuta, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024\***, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Para que use mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ Creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Nombre y firma Acudiente  
C.C.  
Celular:  
Email:

Heidelberth Gabriel Guevara Mendez  
Nombre y firma de Participante  
C.C. 6878353  
Celular: 3209171078  
Email:

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1



CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. Nº 35

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES        |                 |         |            |
|-------------------------|-----------------|---------|------------|
| Primer Apellido         | Quintero        |         |            |
| Segundo Apellido        | Jiménez         |         |            |
| Primer Nombre           | EMANUEL         |         |            |
| Segundo Nombre          | EDUARDO         |         |            |
| Dic. de Identidad       | 1.090.437.181   | Edad    | 15         |
| Dirección de residencia | Av. 7 calle 24. |         | Sección    |
| E-mail                  |                 | Celular | 3208889524 |
| Institución Educativa   | Primer nivel    | Grado   | 7º         |

| DATOS FAMILIARES        |                                 |         |            |
|-------------------------|---------------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Nelson Eduardo Quintero Ferrer. |         |            |
| Ocupación               |                                 | Celular | 3103702089 |
| Dirección de residencia | Av. 7 calle 24.                 |         |            |
| Nombre de la Madre      | Claudia Rocío Jiménez Góngora   |         |            |
| Ocupación               | V.g. Lector                     | Celular | 3124202921 |
| Dirección de residencia | Av. 7 calle 24                  |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |                                     |                                        |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------|
| Nombre del Seguro Médico o S.P.S.                                                                                                                  |                                     |                                        |                          |
| Si                                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | NO                                     | <input type="checkbox"/> |
| Partaje                                                                                                                                            |                                     |                                        |                          |
| Tratamiento                                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | NO                                     | <input type="checkbox"/> |
| Cubierta                                                                                                                                           |                                     |                                        |                          |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            | SI                                  | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cubierta                 |
| Uso de Medicamentos                                                                                                                                | SI                                  | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cubierta                 |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     | Balvardo Quintero                   |                                        | Teléfono                 |
| A continuación como estudiante responsable del participante firma en consentimiento y se comprometo a cumplir con los clases del presente formato. |                                     |                                        |                          |
| Balvardo Quintero - 1042156480.                                                                                                                    |                                     |                                        |                          |
| Firma Y Cedula Asistente                                                                                                                           |                                     |                                        |                          |

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote.nortesdesantander.gov.co  
www.gramalote.nortesdesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
2024-2027

**AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, José Rafael Quintana Gera mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 7062156480 Expedida en Gramalote, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024**”, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Para que usen mi o su Nombre ☒ **Imagen** ☒ **Frases** ☒ **Declaraciones** ☒ **Testimonios** ☒ **Retrato fotográfico** ☒ **Locaciones** ☒ **Pinturas** ☒ **creaciones** ☒ **Fotografías** ☒ **Videos** ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo **autorizo** a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Rafael Quintana  
 Nombre y firma Acudiente

C.C.1092156480

Celular:3204274244

Email:

Emmanuel Quintana  
 Nombre y firma de Participante

C.C.1090437181

Celular:3208889524

Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote****Nit: 890.501.404-1**



CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 36

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES        |                                                  |          |                 |  |  |
|-------------------------|--------------------------------------------------|----------|-----------------|--|--|
| Primer Apellido         | Lobo                                             |          |                 |  |  |
| Segundo Apellido        | Rodríguez                                        |          |                 |  |  |
| Primer Nombre           | Verónica                                         |          |                 |  |  |
| Segundo Nombre          | Sofía                                            |          |                 |  |  |
| Doc. de Identidad       | TI. 1093604776                                   | Edad     | 10              |  |  |
| Dirección de residencia | Villanueva                                       | Teléfono |                 |  |  |
| E-mail                  |                                                  | Celular  | 3133959448      |  |  |
| Institución Educativa   | Instituto Tecnológico Agrícola (Sede Villanueva) | Grado    | 5 <sup>to</sup> |  |  |

| DATOS FAMILIARES        |                            |         |            |
|-------------------------|----------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Héctor Lobo Márquez        |         |            |
| Ocupación               | Musico                     | Celular | 3113911078 |
| Dirección de residencia |                            |         |            |
| Nombre de la Madre      | Ana Rodríguez Botello      |         |            |
| Ocupación               | Ama de casa                | Celular | 3133959448 |
| Dirección de residencia | Villanueva Finca el Cecero |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |                                        |                                        |                |          |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------|----------|------------|
| Nombre del Seguro Médico A.E.P.S.                                                                                                                  |                                        |                                        |                |          |            |
| Saben                                                                                                                                              | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/>            | Puntaje        | A1       |            |
| Fracturas                                                                                                                                          | SI <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuando         |          | Dónde      |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            | SI <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuales         |          |            |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  | SI <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuales         |          |            |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     | Mamá                                   |                                        |                | Teléfono | 3133959448 |
| A continuación como acudiente responsable del participante firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las reglas del proceso formativo. |                                        |                                        |                |          |            |
| Ana Rodríguez Botello                                                                                                                              |                                        |                                        | CC: 1094532316 |          |            |
| Firma Y Cédula Acudiente                                                                                                                           |                                        |                                        |                |          |            |

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
2024-2027

**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.**
**AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, Alia Rodríguez Batello mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1094532376 Expedida en medellín, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Veronica Sofia Lobo Rodriguez participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024**\*, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Alia Rodríguez Batello  
 Nombre y firma Acudiente  
 C.C. 1094532376  
 Celular: 3133959948  
 Email:

Veronica Sofia Lobo Rodriguez  
 Nombre y firma de Participante  
 C.C. 1093604776  
 Celular: 3133959948  
 Email:

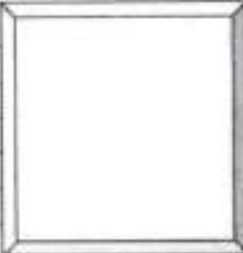
**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 37

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES        |            |          |                                                                                     |            |    |
|-------------------------|------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|----|
| Primer Apellido         | BUSTOS     |          |  |            |    |
| Segundo Apellido        | BUSTOS     |          |                                                                                     |            |    |
| Primer Nombre           | JESUS      |          |                                                                                     |            |    |
| Segundo Nombre          | ADRIAN     |          |                                                                                     |            |    |
| Doc. de Identidad       | 1044037900 | Edad     |                                                                                     |            |    |
| Dirección de residencia |            | Teléfono |                                                                                     | 3206341466 |    |
| E-mail                  |            |          | Celular                                                                             |            |    |
| Institución Educativa   |            |          | Grado                                                                               |            | 5º |

| DATOS FAMILIARES        |              |               |  |
|-------------------------|--------------|---------------|--|
| Nombre del Padre        |              | JESUS MENDEZ  |  |
| Ocupación               | adhićen      | Celular       |  |
| Dirección de residencia |              |               |  |
| Nombre de la Madre      |              | Nelly Yoliana |  |
| Ocupación               | Amp. de casa | Celular       |  |
| Dirección de residencia |              |               |  |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |                                     |    |                                     |        |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----|-------------------------------------|--------|-------|
| Nombre del Seguro Médico ó E.P.S.                                                                                                                  |                                     |    | CUMFAUNTEL                          |        |       |
| Si                                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | Puntaje                             |        |       |
| Fracturas                                                                                                                                          | SI                                  | NO | <input checked="" type="checkbox"/> | Cuándo | Dónde |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            | SI                                  | NO | <input checked="" type="checkbox"/> | Cuáles |       |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  | SI                                  | NO | <input checked="" type="checkbox"/> | Cuáles |       |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     |                                     |    | Teléfono                            |        |       |
|                                                                                                                                                    |                                     |    | 3206341466                          |        |       |
| A continuación como estudiante responsable del participante firma en consentimiento y se comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo |                                     |    |                                     |        |       |
| Firma y Cédula Acudiente                                                                                                                           |                                     |    |                                     |        |       |

Alcaldía Municipal de Gramalote  
NIT: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
2024-2027





CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Jesús María Bastos Quintero mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1007631779 Expedida en Valencia, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Jesús Adrián Bastos participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024** realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Jesús B. A.  
Nombre y firma Acudiente  
C.C. 1007631779  
Celular: 3206541466  
Email:

Jesús Adrián B.  
Nombre y firma de Participante  
C.C. 7094057200  
Celular:  
Email:

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1



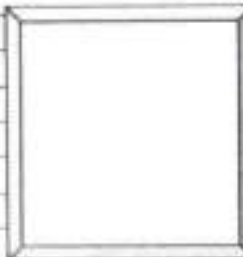
ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
2024-2027

CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. Nº 38

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES                                                                                                                                    |                                        |                    |                                        |             |       |           |                                                                                     |    |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------|----------------------------------------|-------------|-------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------|----|--|
| Primer Apellido                                                                                                                                     | Bastos                                 |                    |                                        |             |       |           |  |    |  |
| Segundo Apellido                                                                                                                                    | Bastos                                 |                    |                                        |             |       |           |                                                                                     |    |  |
| Primer Nombre                                                                                                                                       | Santiago                               |                    |                                        |             |       |           |                                                                                     |    |  |
| Segundo Nombre                                                                                                                                      |                                        |                    |                                        |             |       |           |                                                                                     |    |  |
| Doc. de Identidad                                                                                                                                   | 7041182962                             |                    |                                        | Edad        | 19    |           |                                                                                     |    |  |
| Dirección de residencia                                                                                                                             | Vereda villa nueva                     |                    |                                        |             |       |           | Teléfono                                                                            |    |  |
| E-mail                                                                                                                                              |                                        |                    |                                        |             |       |           | Celular                                                                             |    |  |
| Institución Educativa                                                                                                                               |                                        |                    |                                        |             |       |           | Grado                                                                               | 4º |  |
| DATOS FAMILIARES                                                                                                                                    |                                        |                    |                                        |             |       |           |                                                                                     |    |  |
| Nombre del Padre                                                                                                                                    |                                        | Jesus Maria        |                                        |             |       |           |                                                                                     |    |  |
| Ocupación                                                                                                                                           | Agricultor                             |                    |                                        |             |       |           | Celular                                                                             |    |  |
| Dirección de residencia                                                                                                                             |                                        |                    |                                        |             |       |           |                                                                                     |    |  |
| Nombre de la Madre                                                                                                                                  |                                        | Nelly Johanna      |                                        |             |       |           |                                                                                     |    |  |
| Ocupación                                                                                                                                           | Amo de Casa                            |                    |                                        |             |       |           | Celular                                                                             |    |  |
| Dirección de residencia                                                                                                                             |                                        | Vereda villa nueva |                                        |             |       |           |                                                                                     |    |  |
| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                       |                                        |                    |                                        |             |       |           |                                                                                     |    |  |
| Nombre del Seguro Médico o EPS                                                                                                                      |                                        |                    |                                        | Comfamiliar |       |           |                                                                                     |    |  |
| Vacun                                                                                                                                               | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO                 | Puntaje                                |             |       |           |                                                                                     |    |  |
| Fracturas                                                                                                                                           | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO                 | Cuando                                 | 10-10-23    | Donde | Ante bazo |                                                                                     |    |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                             |                                        | SI                 | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuales      |       |           |                                                                                     |    |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                   |                                        | SI                 | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuales      |       |           |                                                                                     |    |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                      |                                        |                    |                                        |             |       | Teléfono  | 3608341460                                                                          |    |  |
| A continuación como acudiente responsable del participante firmo en consentimiento y me comprometo a cumplir con los deberes del proceso formativo. |                                        |                    |                                        |             |       |           |                                                                                     |    |  |
| Firma Y Cedula Acudiente                                                                                                                            |                                        |                    |                                        |             |       |           |                                                                                     |    |  |

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nº: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortesantander.gov.co  
www.gramalote-nortesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
2024-2027



CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Jesús María Bustos Quintana mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1002631229 Expedida en Villapalme, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Santiago Bustos participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024** realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Vídeos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Jesús B Q  
Nombre y firma Acudiente  
C.C. 1002631229  
Celular:  
Email: 3206541466

Santiago B  
Nombre y firma de Participante  
C.C. 109782962  
Celular:  
Email:

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
2024-2027

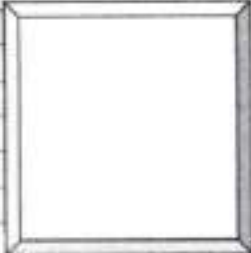
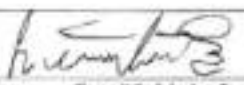


CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. Nº 39

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES                                                                                                                                   |                                        |                                        |                                                                                                                            |            |             |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------|----|
| Primer Apellido                                                                                                                                    | Ramirez                                |                                        |                                         |            |             |    |
| Segundo Apellido                                                                                                                                   | Bayona                                 |                                        |                                                                                                                            |            |             |    |
| Primer Nombre                                                                                                                                      | Jose                                   |                                        |                                                                                                                            |            |             |    |
| Segundo Nombre                                                                                                                                     | GREGORIO                               |                                        |                                                                                                                            |            |             |    |
| Doc. de Identidad                                                                                                                                  | 1092735401                             | Edad                                   |                                                                                                                            |            |             | 22 |
| Dirección de residencia                                                                                                                            | M2.38 Ca. 6A B. Santa Anita            |                                        | Teléfono                                                                                                                   | 3204912883 |             |    |
| E-mail                                                                                                                                             |                                        |                                        |                                                                                                                            |            | Celular     |    |
| Institución Educativa                                                                                                                              | Sagrado corazón                        |                                        |                                                                                                                            |            | Grado       |    |
| DATOS FAMILIARES                                                                                                                                   |                                        |                                        |                                                                                                                            |            |             |    |
| Nombre del Padre                                                                                                                                   | Jesús Daniel Ramirez                   |                                        |                                                                                                                            |            |             |    |
| Ocupación                                                                                                                                          | Comerciante                            |                                        |                                                                                                                            | Celular    | 3144307938  |    |
| Dirección de residencia                                                                                                                            | M2.38 Ca. 6A B. Santa Anita            |                                        |                                                                                                                            |            |             |    |
| Nombre de la Madre                                                                                                                                 |                                        |                                        |                                                                                                                            |            |             |    |
| Ocupación                                                                                                                                          |                                        |                                        |                                                                                                                            | Celular    |             |    |
| Dirección de residencia                                                                                                                            |                                        |                                        |                                                                                                                            |            |             |    |
| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |                                        |                                        |                                                                                                                            |            |             |    |
| Nombre del Seguro Médico O.E.P.S.                                                                                                                  |                                        |                                        |                                                                                                                            |            |             |    |
| Suben                                                                                                                                              | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO                                     | Puntaje                                                                                                                    | A1         |             |    |
| Fracturas                                                                                                                                          | SI                                     | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuándo                                                                                                                     |            |             |    |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO                                     | Cuáles                                                                                                                     | Asma       |             |    |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  | SI                                     | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuáles                                                                                                                     |            |             |    |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     | Jesús Ramirez                          |                                        |                                                                                                                            | Teléfono   | 314-4307938 |    |
| A continuación como acudiente responsable del participante firmo en consentimiento y me comprometo a cumplir con las reglas del proceso formativo. |                                        |                                        |                                                                                                                            |            |             |    |
|                                                                                                                                                    |                                        |                                        | <br>5444906<br>Firma y Cédula Acudiente |            |             |    |

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote.nortesantander.gov.co  
www.gramalote.nortesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
2024-2027

CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Jesús Ramirez mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 5499906 Expedida en Sardinafa, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) José Ramirez participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024** realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

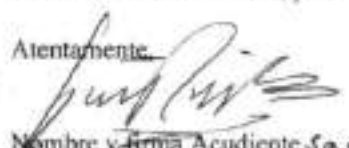
Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

  
Nombre y firma Acudiente Daniel Ramirez  
C.C. 5499906  
Celular: 314-4807938  
Email:

José Ramirez  
Nombre y firma de Participante José Ramirez  
C.C. 2092735401  
Celular: 328-492883  
Email:

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 40

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".

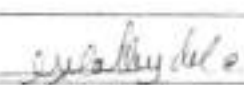
Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES        |                          |         |                 |
|-------------------------|--------------------------|---------|-----------------|
| Primer Apellido         | Calvo                    |         |                 |
| Segundo Apellido        | Graterol                 |         |                 |
| Primer Nombre           | Wilker                   |         |                 |
| Segundo Nombre          | Raul                     |         |                 |
| Doc. de Identidad       | 1092000896               | Edad    | 10              |
| UBICACIÓN DE RESIDENCIA | Vereda Miraflores        |         |                 |
| E-mail                  |                          | Celular | 3164982219      |
| Institución Educativa   | Sagrada Corazon de Jesus | Grado   | 5 <sup>ta</sup> |

| DATOS FAMILIARES        |                                    |         |            |
|-------------------------|------------------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Willie Antonio Calvo Guillen       |         |            |
| Ocupación               | Maestro de Construcción            | Celular | 3134278037 |
| Nombre de la Madre      | Vereda Miraflores Finca granatana  |         |            |
| Ocupación               | Mallot del valle Graterol Mendoza  | Celular | 3164982214 |
| Dirección de residencia | Veredas Miraflores Finca granatana |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |                                                                    |          |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------|------------|
| Nombre del Seguro Médico a EPS                                                                                                                     | NUEVA EPS                                                          |          |            |
| Sexo                                                                                                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Puntaje  | A2         |
| Tratamiento                                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |          |            |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Causas   | asma       |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Causas   | inhalador  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     | Mallot Graterol                                                    | Teléfono | 3164982219 |
| A continuación como estudiante responsable del punto quito firma en reconocimiento y me comprometo a cumplir con las normas del proceso formativo. |                                                                    |          |            |
|  pt 1403329<br>Firma y Cédula Académica                         |                                                                    |          |            |

Alcaldía Municipal de Gramalote

NIT: 670.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
 contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
 www.gramalote-nortedesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
2024-2027



### AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Nalleli del valle Gatorol mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No PT 1903329 Expedida en Bogotá, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) participe del PROYECTO denominado - ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024", realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, doy mi consentimiento y mi Hijo(a) da su asentimiento, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Nalleli del valle

Nombre y firma Acudiente

C.C. PT 1903329

Celular: 364982219

Email: nalleli.gatorol@gmail.com

Nombre y firma de Participante

C.C. T.I. = 1092000596

Celular: 364982219

Email:

Alcaldía Municipal de Gramalote

Nº: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Centro Urbano

contactación gramalote una cultura al servicio por eso

www.gramalote.nortedecauca.gov.co



**ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE**  
2024-2027

**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE**
**FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N°** 41
**"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".**

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES                                                                                                                                               |                               |                        |         |            |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------|---------|------------|------------|
| Primer Apellido                                                                                                                                                | marquez                       |                        |         |            |            |
| Segundo Apellido                                                                                                                                               | Pinzon                        |                        |         |            |            |
| Primer Nombre                                                                                                                                                  | Anisimar                      |                        |         |            |            |
| Segundo Nombre                                                                                                                                                 | Guadalupe                     |                        |         |            |            |
| Doc. de Identidad                                                                                                                                              | 1241940033                    | Edad                   | 14 años |            |            |
| Dirección de residencia                                                                                                                                        | Violetas - Casa Vista Hermosa |                        |         |            | Teléfono   |
| E-mail                                                                                                                                                         |                               |                        |         |            | Celular    |
| Institución Educativa                                                                                                                                          | Institución T. Agrícola       |                        |         |            | Grado      |
| G. Grada                                                                                                                                                       |                               |                        |         |            |            |
| DATOS FAMILIARES                                                                                                                                               |                               |                        |         |            |            |
| Nombre del Padre                                                                                                                                               |                               | Jose Rafael Marquez    |         |            |            |
| Ocupación                                                                                                                                                      | agricultor                    |                        |         | Celular    | 3133363435 |
| Dirección de residencia                                                                                                                                        |                               | Vereda Violetas        |         |            |            |
| Nombre de la Madre                                                                                                                                             |                               | Nivel Pinzon R. Barros |         |            |            |
| Ocupación                                                                                                                                                      | Amas de Casa                  |                        |         | Celular    | 3224614598 |
| Dirección de residencia                                                                                                                                        |                               | Vereda Violetas        |         |            |            |
| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                                  |                               |                        |         |            |            |
| Nombre del Seguro Médico o EPS                                                                                                                                 |                               | Conto Oriente          |         |            |            |
| Sísten                                                                                                                                                         | SI                            | NO                     | Puntaje |            |            |
| Fracturas                                                                                                                                                      | SI                            | NO                     | Cuando  | Dónde      |            |
| Problemas respiratorios                                                                                                                                        |                               | SI                     | NO      | Cuando     |            |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                              |                               | SI                     | NO      | Cuando     |            |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                                 |                               |                        |         | Teléfono   |            |
|                                                                                                                                                                |                               |                        |         | 3224614598 |            |
| A continuación el participante responsable del pago por el servicio de consultoría y por el transporte a campo, debe llenar los datos del presente formulario. |                               |                        |         |            |            |
| Firma Y Cédula Acudiente                                                                                                                                       |                               |                        |         |            |            |

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

 CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
 contraloria@gramalote-nortedesantander.gov.co  
 www.gramalote-nortedesantander.gov.co

**ALCALDÍA DE**  
**GRAMALOTE**  
**2024-2027**

**AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, José Rafael y Yuley Pinzon mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 60446430 Expedida en Cúcuta, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Aníbal Guadalupe M.P. participe del PROYECTO denominado – **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE –FASE II -VIGENCIA 2024**”, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ **Imagen** ☒ **Frases** ☒ **Declaraciones** ☒ **Testimonios** ☒ **Retrato fotográfico** ☒ **Locaciones** ☒ **Pinturas** ☒ **creaciones** ☒ **Fotografías** ☒ **Videos** ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención.

Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Nombre y firma Acudiente Yuley Pinzon  
 C.C. 60446430  
 Celular: 3224614548  
 Email:

Guadalupe Manrique  
 Nombre y firma de Participante  
 C.C. 1091990033  
 Celular:  
 Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**



CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. Nº

42.

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES        |                            |      |             |
|-------------------------|----------------------------|------|-------------|
| Primer Apellido         | Gallego                    |      |             |
| Segundo Apellido        | Flores                     |      |             |
| Primer Nombre           | Diana                      |      |             |
| Segundo Nombre          | Valentina                  |      |             |
| Dir. de Identidad       | 2092156296                 | Edad | 16          |
| Dirección de residencia | Urb. Villanueva            |      | Teléfono    |
| E-mail                  | gallegovalentina@gmail.com |      | Celular     |
| Institución Educativa   | Instituto Técnico Agrícola |      | Grado       |
|                         |                            |      | 322 2327815 |
|                         |                            |      | 311 5628297 |
|                         |                            |      | 11          |

| DATOS FAMILIARES        |                               |  |             |
|-------------------------|-------------------------------|--|-------------|
| Nombre del Padre        | Francisco elio Gallego Rapero |  |             |
| Ocupación               | Mecánico                      |  |             |
| Dirección de residencia | Cecudo                        |  |             |
| Nombre de la Madre      | Ines Flores Torres            |  |             |
| Ocupación               | Ama de casa                   |  |             |
| Dirección de residencia | Urb. Villanueva               |  |             |
|                         |                               |  | 311 5628297 |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |                                     |                                     |          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|----------|
| Nombre del Seguro Médico o EPS                                                                                                                     | Confidente                          |                                     |          |
| Siempre                                                                                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> | NO                                  | Puntaje  |
| Fracturas                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Cuándo   |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Cuáles   |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Cuáles   |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     | Ines Flores                         |                                     | Teléfono |
| A continuación como estudiante responsable del participante firma en reconocimiento y me comprometo a cumplir con las reglas del presente formato. |                                     |                                     |          |
| Ines Flores Torres                                                                                                                                 |                                     |                                     | 27720872 |
| Firma Y Celular Acudiente                                                                                                                          |                                     |                                     |          |

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nº: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-norte-desantander.gov.co  
www.gramalote-norte-desantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
2024-2027

**AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, Ines flores Torres mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 27920892 Expedida en Gramalote en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Diana Valentina Gallego Flores participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024**", realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención.

Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Nombre y firma Acudiente Ines flores Torres  
C.C. 27920892  
Celular: 3115628297  
Email: gallegovj62@gmail.com

Nombre y firma de Participante Diana Gallego  
C.C. 1092465276  
Celular: 3222327815  
Email: gallegovj62@gmail.com

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 43

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES        |                                 |         |            |
|-------------------------|---------------------------------|---------|------------|
| Primer Apellido         | Urbina                          |         |            |
| Segundo Apellido        | Rozo                            |         |            |
| Primer Nombre           | Eduin                           |         |            |
| Segundo Nombre          | Andres                          |         |            |
| Doc. de Identidad       | 1090902852                      | Edad    | 27         |
| Dirección de residencia | Finca San Martin Vereda el Alto |         | Celular    |
| E-mail                  |                                 | Celular | 3136823275 |
| Institución Educativa   | I.E. R.O.Y                      | Grado   | 10°        |

| DATOS FAMILIARES        |                                 |         |             |
|-------------------------|---------------------------------|---------|-------------|
| Nombre del Padre        | Nelson Enrique Urbina Remolina  |         |             |
| Ocupación               | Conductor                       | Celular | 310-7818026 |
| Dirección de residencia | Finca San Martin Vereda el Alto |         |             |
| Nombre de la Madre      | Lidia du carmen Rozo            |         |             |
| Ocupación               | Ama de casa                     | Celular | 311-4499482 |
| Dirección de residencia | Finca San martin Vereda el Alto |         |             |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |    |    |         |  |       |          |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------|--|-------|----------|--|
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                  |    |    |         |  |       |          |  |
| Saben                                                                                                                                              | SI | NO | Puntaje |  |       |          |  |
| Fracturas                                                                                                                                          | SI | NO | Cuándo  |  | Dónde |          |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            | SI | NO | Cuáles  |  |       |          |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  | SI | NO | Cuáles  |  |       |          |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     |    |    |         |  |       | Telefono |  |
| El participante o representante responsable del participante firma de consentimiento y se compromete a cumplir con las reglas del presente formato |    |    |         |  |       |          |  |
| Firma y Cédula Alumno                                                                                                                              |    |    |         |  |       |          |  |

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
contactacion@gramalote-norte-desantander.gov.co  
www.gramalote-norte-desantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
2024-2027



**AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, Clidia del Carmen Melo, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 29721402 Expedida en Gramalote, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Edwin Andres Urbina participe del PROYECTO denominado – **ESCUELA DE FORMACION**

**ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE –FASE II -VIGENCIA 2024"**, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ **Imagen** ☒ **Frases** ☒ **Declaraciones** ☒ **Testimonios** ☒ **Retrato fotográfico** ☒ **Locaciones** ☒ **Pinturas** ☒ **creaciones** ☒ **Fotografías** ☒ **Videos** ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo **autorizo** a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención.

Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Clidia del Carmen Melo  
Nombre y firma Acudiente  
C.C. 29721402  
Celular: 311-4499482  
Email: nidia.rozchil@gmail.com

Edwin Andres Urbina  
Nombre y firma de Participante  
C.C. 29721402  
Celular: 311-4499482  
Email: edwinurbina3@gmail.com

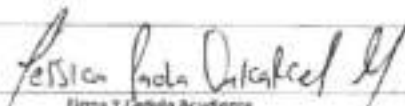
**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
Nit: 890.501.404-1

**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE**
**FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N°** 49
**"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".**

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES        |                      |        |          |
|-------------------------|----------------------|--------|----------|
| Primer Apellido         | Valcarcel            |        |          |
| Segundo Apellido        | Luna                 |        |          |
| Primer Nombre           | Danna                |        |          |
| Segundo Nombre          | Valentina            |        |          |
| Doc. de Identidad       | 71. 1093603960       | Edad   | 11 años  |
| Dirección de residencia | M7 SB CS 10A         | Jordan | Teléfono |
| E-mail                  | Jenna.15@hotmail.com |        | Celular  |
| Institución Educativa   |                      | Grado  | 5º       |

| DATOS FAMILIARES        |                                  |         |            |
|-------------------------|----------------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Jessica Paola Valcarcel Montilla |         |            |
| Ocupación               | Empleada                         | Celular | 3204930982 |
| Dirección de residencia | M7 SB CS 10A Jordan              |         |            |
| Nombre de la Madre      |                                  |         |            |
| Ocupación               |                                  | Celular |            |
| Dirección de residencia |                                  |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                             |                   |    |          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----|----------|
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                         | Nuevo E.P.S.      |    |          |
| Síntesis                                                                                                                                  | SI                | NO | X        |
| Fracturas                                                                                                                                 | SI                | NO | X        |
| Problemas respiratorios                                                                                                                   | SI                | NO | X        |
| Toma Medicamentos                                                                                                                         | SI                | NO | X        |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                            | Jessica Valcarcel |    | Teléfono |
| A continuación el/los responsable/s del participante firma en reconocimiento y compromiso a cumplir con las Clases del presente Seminario |                   |    |          |
| <br>Firma Y Cédula Académica                          |                   |    |          |

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

 CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Centro Urbano  
 centrosacion@gramalote-nortiosantander.gov.co  
 www.gramalote-nortiosantander.gov.co

**ALCALDÍA DE**  
**GRAMALOTE**  
**2024-2027**

**AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, Jessica Pielu Valcance mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1092155519 Expedida en Gramalote, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Danna Valentina Valcance participe del PROYECTO denominado – **ESCUELA DE FORMACION**

**ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE –FASE II -VIGENCIA 2024"**, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ **Imagen** ☒ **Frases** ☒ **Declaraciones** ☒ **Testimonios** ☒ **Retrato fotográfico** ☒ **Locaciones** ☒ **Pinturas** ☒ **creaciones** ☒ **Fotografías** ☒ **Videos** ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención.

Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos; así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

  
Nombre y firma Acudiente.  
C.C. Jessica Pielu Valcance  
Celular: 3204430482  
Email: jeca.15@hotmail.com

Valentina Valcance  
Nombre y firma de Participante  
C.C. T.I. 1043603460  
Celular: 3204430482  
Email: jeca.15@hotmail.com

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
Nit: 890.501.404-1



CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 45

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES        |                            |         |            |
|-------------------------|----------------------------|---------|------------|
| Primer Apellido         | Rojas                      |         |            |
| Segundo Apellido        | Botello                    |         |            |
| Primer Nombre           | Lina                       |         |            |
| Segundo Nombre          | Fernanda                   |         |            |
| Doc. de Identidad       | 1.092.155.821              | Edad    | 13         |
| Dirección de residencia | Mz. 42 casa 4b             |         | Teléfono   |
| E-mail                  |                            | Celular | 3204199522 |
| Institución Educativa   | Instituto tecnico Agrícola | Grado   | 7          |

| DATOS FAMILIARES        |                           |         |            |
|-------------------------|---------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Rafael Rojas Urbina       |         |            |
| Ocupación               | Traba Unidad des.P        | Celular | 3215910994 |
| Dirección de residencia | Mz 42 casa 4b Sta Anita   |         |            |
| Nombre de la Madre      | Mauria Delina Botello     |         |            |
| Ocupación               | Estilista                 | Celular | 3204199522 |
| Dirección de residencia | Mz 42 casa 4b Santa Anita |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                                                                                                               |    |                                        |           |             |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------|-----------|-------------|--|
| Nombre del Seguro Médico o EPS                                                                                                                                                                                                              |    |                                        |           |             |  |
| Sistema                                                                                                                                                                                                                                     | SI | NO                                     | Participa |             |  |
| Fracturas                                                                                                                                                                                                                                   | SI | NO                                     | Cuando    | Donde       |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                                                                                                                     | SI | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuáles    |             |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                                                                                                           | SI | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuáles    |             |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                                                                                                              |    |                                        |           | Teléfono    |  |
| <p>El contratador como responsable del participante firma de consentimiento y me comprometo a cumplir con las reglas del proceso formativo</p> <p>Rafael Rojas Urbina</p> <p><i>Rafael Rojas Urbina</i></p> <p>Firma Y Cédula Acudiente</p> |    |                                        |           |             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                             |    |                                        |           | 13.504.032. |  |

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortesantander.gov.co  
www.gramalote-nortesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
2024-2027

**AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, Rafael Rojas Urbina mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 13304032 Expedida en Cúcuta en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Lina Fernanda Rojas Botello participe del PROYECTO denominado – **ESCUELA DE FORMACION**

**ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE –FASE II -VIGENCIA 2024**”, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ **Imagen** ☒ **Frases** ☒ **Declaraciones** ☒ **Testimonios** ☒ **Retrato fotográfico** ☒ **Locaciones** ☒ **Pinturas** ☒ **creaciones** ☒ **Fotografías** ☒ **Videos** ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo **autorizo** a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención.

Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,



Nombre y firma Acudiente:

C.C. 13304032.

Celular: 3215910994

Email: rojasurbina.rafael@gmail.com

Nombre y firma de Participante

C.C.

Celular:

Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**

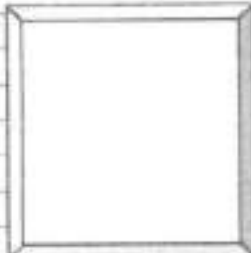
**Nit: 890.501.404-1**

CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 46

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES                                                                                                                                    |                                  |         |    |                        |    |       |                                                                                     |             |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------|----|------------------------|----|-------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--|
| Primer Apellido                                                                                                                                     | Ochoa                            |         |    |                        |    |       |  |             |  |
| Segundo Apellido                                                                                                                                    | Bobello                          |         |    |                        |    |       |                                                                                     |             |  |
| Primer Nombre                                                                                                                                       | Angel                            |         |    |                        |    |       |                                                                                     |             |  |
| Segundo Nombre                                                                                                                                      | Jesus                            |         |    |                        |    |       |                                                                                     |             |  |
| Doc. de Identidad                                                                                                                                   | 1042 154 463                     |         |    | Edad                   | 17 |       |                                                                                     |             |  |
| Dirección de residencia                                                                                                                             |                                  |         |    | Finca Recreo Villanova |    |       | Teléfono                                                                            | 3204098496  |  |
| E-mail                                                                                                                                              | AngelJesusOchoaBobello@gmail.com |         |    |                        |    |       | Celular                                                                             |             |  |
| Institución Educativa                                                                                                                               | Instituto Tecnológico Agrícola   |         |    |                        |    |       | Grado                                                                               | 7º          |  |
| DATOS FAMILIARES                                                                                                                                    |                                  |         |    |                        |    |       |                                                                                     |             |  |
| Nombre del Padre                                                                                                                                    |                                  |         |    | Issun Ochoa            |    |       |                                                                                     |             |  |
| Ocupación                                                                                                                                           |                                  |         |    |                        |    |       | Celular                                                                             |             |  |
| Dirección de residencia                                                                                                                             |                                  |         |    | Venezuela              |    |       |                                                                                     |             |  |
| Nombre de la Madre                                                                                                                                  |                                  |         |    | Berlinda Bobello       |    |       |                                                                                     |             |  |
| Ocupación                                                                                                                                           |                                  |         |    | Dama de casa           |    |       | Celular                                                                             |             |  |
| Dirección de residencia                                                                                                                             |                                  |         |    | Ure Zulia              |    |       |                                                                                     |             |  |
| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                       |                                  |         |    |                        |    |       |                                                                                     |             |  |
| Nombre del Seguro Médico o EPS                                                                                                                      |                                  |         |    | Nueva EPS EPS          |    |       |                                                                                     |             |  |
| Sí                                                                                                                                                  | NO                               | Puntaje |    |                        |    |       |                                                                                     |             |  |
| Sí                                                                                                                                                  | NO                               | Estado  |    |                        |    | Donde |                                                                                     |             |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                             |                                  | Sí      | NO | Cúales                 |    |       |                                                                                     |             |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                   |                                  | Sí      | NO | Cúales                 |    |       |                                                                                     |             |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                      |                                  |         |    | Mary Bobello           |    |       | Teléfono                                                                            | 310 5838559 |  |
| A continuación como avalante responsable del participante firma mi consentimiento a este compromiso a través de las firmas del presente formulario. |                                  |         |    |                        |    |       |                                                                                     |             |  |
| <p>Mary Eccilia Bobello 27 719 391</p> <p>Firma Y Cédula Avalante</p>                                                                               |                                  |         |    |                        |    |       |                                                                                     |             |  |

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL. - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratación@gramalote.nortesantander.gov.co  
www.gramalote.nortesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
2024-2027



**AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo Mary Eccilia Botello mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 2141931 Expedida en Gramalote, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Angel seswacha Botello participe del PROYECTO denominado – **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE – FASE II - VIGENCIA 2024**”, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ **Imagen** ☒ **Frases** ☒ **Declaraciones** ☒ **Testimonios** ☒ **Retrato fotográfico** ☒ **Locaciones** ☒ **Pinturas** ☒ **creaciones** ☒ **Fotografías** ☒ **Videos** ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención.

Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Mary Eccilia Botello

Nombre y firma Acudiente

C.C.

Celular: 340 58 38554

Email:

Angel ochon

Nombre y firma de Participante

C.C.

Celular: 320 49 22444

Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**

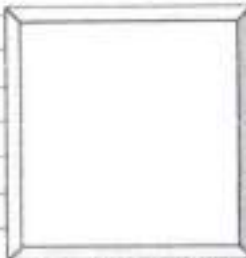
**Nit: 890.501.404-1**

CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. Nº 47

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES                                                                                                                                          |                          |             |            |                 |          |  |                                                                                     |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|------------|-----------------|----------|--|-------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| Primer Apellido                                                                                                                                           | Ray                      |             |            |                 |          |  |  |  |  |
| Segundo Apellido                                                                                                                                          | Anteliz                  |             |            |                 |          |  |                                                                                     |  |  |
| Primer Nombre                                                                                                                                             | Ian                      |             |            |                 |          |  |                                                                                     |  |  |
| Segundo Nombre                                                                                                                                            | Jacob                    |             |            |                 |          |  |                                                                                     |  |  |
| Doc. de identidad                                                                                                                                         | 0192156656               |             |            | Tipo <u>7/2</u> |          |  |                                                                                     |  |  |
| Dirección de residencia                                                                                                                                   | Montana 6 casa 4         |             |            |                 | Teléfono |  | 3103370250                                                                          |  |  |
| E-mail                                                                                                                                                    |                          |             |            |                 | Celular  |  |                                                                                     |  |  |
| Institución Educativa                                                                                                                                     | Sagrado corazón de Jesús |             |            |                 | Grado    |  | 2 primaria                                                                          |  |  |
| DATOS FAMILIARES                                                                                                                                          |                          |             |            |                 |          |  |                                                                                     |  |  |
| Nombre del Padre                                                                                                                                          | Andrés Leonal Ray Cohos  |             |            |                 |          |  |                                                                                     |  |  |
| Ocupación                                                                                                                                                 | conductor                |             |            | Celular         |          |  | X                                                                                   |  |  |
| Dirección de residencia                                                                                                                                   | Medellín                 |             |            |                 |          |  |                                                                                     |  |  |
| Nombre de la Madre                                                                                                                                        | Teresa fernanda Anteliz  |             |            |                 |          |  |                                                                                     |  |  |
| Ocupación                                                                                                                                                 |                          |             |            | Celular         |          |  | X                                                                                   |  |  |
| Dirección de residencia                                                                                                                                   | Medellín                 |             |            |                 |          |  |                                                                                     |  |  |
| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                             |                          |             |            |                 |          |  |                                                                                     |  |  |
| Nombre del Seguro Médico EPS                                                                                                                              |                          |             |            |                 |          |  |                                                                                     |  |  |
| Síntesis                                                                                                                                                  | SI                       | NO          | Puntaje    |                 |          |  |                                                                                     |  |  |
| Fracturas                                                                                                                                                 | SI                       | NO <u>X</u> | Calendario |                 |          |  | Dónde                                                                               |  |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                                   | SI                       | NO <u>X</u> | Cuáles     |                 |          |  |                                                                                     |  |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                         | SI                       | NO <u>X</u> | Cuáles     |                 |          |  |                                                                                     |  |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                            | 3103370250               |             |            | Teléfono        |          |  |                                                                                     |  |  |
| <p>Al continuar como acudiente responsable del participante firma de consentimiento y me comprometo a cumplir con los deberes del programa formativo.</p> |                          |             |            |                 |          |  |                                                                                     |  |  |
| <p><u>Hernández Ray Hernández</u></p> <p>Firma Y Cédula Acudiente</p>                                                                                     |                          |             |            |                 |          |  |                                                                                     |  |  |

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nº: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 9 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
2024-2027

**AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, Hernández Rey Hernández mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 14231234 Expedida en Medellín en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Ian Jacob Rey Hernández participe del PROYECTO denominado – **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE – FASE II - VIGENCIA 2024** realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención.

Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Hernández Rey  
 Nombre y firma Acudiente

C.C. 74237234  
 Celular: 3125609295  
 Email:

Ian Jacob Rey Hernández  
 Nombre y firma de Participante

C.C. 92156656  
 Celular: 310337025  
 Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana B – Nuevo Casco Urbano  
 contratación@gramalote-nortesantander.gov.co  
 www.gramalote-nortesantander.gov.co

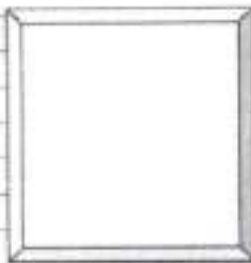


**ALCALDÍA DE**  
**GRAMALOTE**  
**2024-2027**



**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE**
**FORMATO DE INSCRIPCIÓN. Nº** 48
**"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".**

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES                                                                                                                                      |                                        |                                        |            |            |                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Primer Apellido                                                                                                                                       | Veloz                                  |                                        |            |            |  |
| Segundo Apellido                                                                                                                                      | Rivera                                 |                                        |            |            |                                                                                     |
| Primer Nombre                                                                                                                                         | Dalia                                  |                                        |            |            |                                                                                     |
| Segundo Nombre                                                                                                                                        | Julioeth                               |                                        |            |            |                                                                                     |
| Doc. de identidad                                                                                                                                     | 1092155708                             | Edad                                   | 13         |            |                                                                                     |
| Dirección de residencia                                                                                                                               | M2 42 CS 4a B Santa A                  |                                        | Teléfono   | 3134370555 |                                                                                     |
| E-mail                                                                                                                                                |                                        |                                        | Celular    | 3134370555 |                                                                                     |
| Institución Educativa                                                                                                                                 | Sagrado Corazon de Jesus               |                                        | Grado      | octavo b   |                                                                                     |
| DATOS FAMILIARES                                                                                                                                      |                                        |                                        |            |            |                                                                                     |
| Nombre del Padre                                                                                                                                      |                                        |                                        |            |            |                                                                                     |
| Ocupación                                                                                                                                             |                                        | Celular                                |            |            |                                                                                     |
| Dirección de residencia                                                                                                                               |                                        |                                        |            |            |                                                                                     |
| Nombre de la Madre                                                                                                                                    |                                        | Ana Erika Veloz Rivera                 |            |            |                                                                                     |
| Ocupación                                                                                                                                             | ama de casa                            | Celular                                | 3134370555 |            |                                                                                     |
| Dirección de residencia                                                                                                                               |                                        | M2 42 CS 4a Boma Santa Anita           |            |            |                                                                                     |
| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                         |                                        |                                        |            |            |                                                                                     |
| Nombre del Seguro Médico en P.S.                                                                                                                      |                                        | Sanitas                                |            |            |                                                                                     |
| Saben                                                                                                                                                 | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO                                     | Partaje    | 1          |                                                                                     |
| Facturas                                                                                                                                              | SI                                     | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuando     | Dónde      |                                                                                     |
| Problemas respiratorios                                                                                                                               | SI                                     | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuáles     |            |                                                                                     |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                     | SI                                     | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuáles     |            |                                                                                     |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                        |                                        | Ana Erika Veloz                        |            | Teléfono   | 3134370555                                                                          |
| <small>El continuador como responsable del participante firma en conocimiento y por compromiso a cumplir con las normas del presente formato.</small> |                                        |                                        |            |            |                                                                                     |
| Erika Veloz R                                                                                                                                         |                                        | 1090432737                             |            |            |                                                                                     |
| Firma Y Cédula Académica                                                                                                                              |                                        |                                        |            |            |                                                                                     |

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
 Nit: 890.501.404-1

 CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 01 – Nuevo Casco Urbano  
 contratacion@gramalote.nortesantander.gov.co  
 www.gramalote.nortesantander.gov.co

**ALCALDÍA DE**  
**GRAMALOTE**  
 2024-2027

**AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, ana enka veloz Rivera mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1090432737 Expedida en cucuta en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Dalia Julieth Veloz Rivera participe del PROYECTO denominado – **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE –FASE II -VIGENCIA 2024**”, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ **Imagen** ☒ **Frases** ☒ **Declaraciones** ☒ **Testimonios** ☒ **Retrato fotográfico** ☒ **Locaciones** ☒ **Pinturas** ☒ **creaciones** ☒ **Fotografías** ☒ **Videos** ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención.

Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Nombre y firma Acudiente Enka Veloz

CC 1090432737

Celular: 3134370555

Email:

Nombre y firma de Participante Dalia Julieth Veloz

CC 1092155708

Celular: 3124758264

Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**

**Nit: 890.501.404-1**

CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 49

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES        |                          |          |            |
|-------------------------|--------------------------|----------|------------|
| Primer Apellido         | Castellanos              |          |            |
| Segundo Apellido        | Domingo                  |          |            |
| Primer Nombre           | Ivana                    |          |            |
| Segundo Nombre          |                          |          |            |
| Doc. de identidad       | 1091363485               | Edad     | 13         |
| Dirección de residencia | M2 B casa 18A            | Teléfono | 3102594843 |
| E-mail                  |                          | Celular  | 3125943963 |
| Institución Educativa   | Sagrado corazón de Jesús | Grado    | 8ª         |

| DATOS FAMILIARES        |                                |         |            |
|-------------------------|--------------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Luis Iván Castellanos Manrique |         |            |
| Ocupación               | maestro construcción           | Celular | 3218744007 |
| Dirección de residencia | M2 B casa 18A                  |         |            |
| Nombre de la Madre      | María Elena Domingo Soler      |         |            |
| Ocupación               | Ama de casa                    | Celular | 3125943963 |
| Dirección de residencia | M2 B casa 18A                  |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                  |    |         |        |          |       |       |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|--------|----------|-------|-------|--|
| Nombre del Seguro Médico A.T.P.S.                                                                                                              |    |         |        |          |       |       |  |
| Si                                                                                                                                             | NO | Puntaje |        |          |       |       |  |
| Fracturas                                                                                                                                      | SI | NO      | Cuándo |          | Dónde |       |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                        |    | SI      | NO     | Cuándo   |       | Dónde |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                              |    | SI      | NO     | Cuándo   |       | Dónde |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                 |    |         |        | Teléfono |       |       |  |
| A continuación como responsable del participante firmo en reconocimiento y me comprometo a cumplir con los lineamientos del proceso formativo. |    |         |        |          |       |       |  |
| <p>Maria Elena Domingo Soler</p> <p>Firma Y Cédula Acudiente</p>                                                                               |    |         |        |          |       |       |  |

Alcaldía Municipal de Gramalote  
N°: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Centro Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
2024-2027



## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Maria Elena Dimingo mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 23937346 Expedida en Pure Pácora en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Juana Castellanos D. participe del PROYECTO denominado – **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE –FASE II -VIGENCIA 2024**”, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ **Imagen** ☒ **Frases** ☒ **Declaraciones** ☒ **Testimonios** ☒ **Retrato fotográfico** ☒ **Locaciones** ☒ **Pinturas** ☒ **creaciones** ☒ **Fotografías** ☒ **Videos** ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención.

Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Maria Elena D.  
Nombre y firma Acudiente  
C.C. 23937346  
Celular: 3125973963  
Email:

Juana Castellanos Dimingo  
Nombre y firma de Participante  
C.C. 3702594843  
Celular: 1091363485  
Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

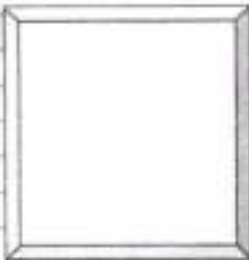
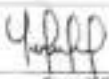
CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana G - Nueva Casa Urbana  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



**ALCALDIA DE  
GRAMALOTE**  
**2024-2027**

**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE**
**FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N°** 50
**"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".**

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES                                                                                                                                                     |                          |    |        |                                                                                     |                 |          |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----|--------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------|------------|
| Primer Apellido                                                                                                                                                      | Gómez                    |    |        |  |                 |          |            |
| Segundo Apellido                                                                                                                                                     | Rozo                     |    |        |                                                                                     |                 |          |            |
| Primer Nombre                                                                                                                                                        | Dyland                   |    |        |                                                                                     |                 |          |            |
| Segundo Nombre                                                                                                                                                       | Adrian                   |    |        |                                                                                     |                 |          |            |
| Doc. de Identidad                                                                                                                                                    | 1090.508.680             |    | Edad   |                                                                                     |                 |          |            |
| Dirección de residencia                                                                                                                                              | Vereda Bayaca            |    |        | Teléfono                                                                            |                 |          |            |
| E-mail                                                                                                                                                               |                          |    |        | Celular                                                                             |                 |          |            |
| Institución Educativa                                                                                                                                                | Sagrado Corazón de Jesús |    |        | Grado                                                                               | 5 <sup>to</sup> |          |            |
| DATOS FAMILIARES                                                                                                                                                     |                          |    |        |                                                                                     |                 |          |            |
| Nombre del Padre                                                                                                                                                     |                          |    |        |                                                                                     |                 |          |            |
| Ocupación                                                                                                                                                            |                          |    |        | Celular                                                                             |                 |          |            |
| Dirección de residencia                                                                                                                                              |                          |    |        |                                                                                     |                 |          |            |
| Nombre de la Madre                                                                                                                                                   |                          |    |        | Beatriz Adriana Gómez Rozo                                                          |                 |          |            |
| Ocupación                                                                                                                                                            | empleada                 |    |        | Celular                                                                             | 3024943403      |          |            |
| Dirección de residencia                                                                                                                                              |                          |    |        | Vereda Bayaca                                                                       |                 |          |            |
| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                                        |                          |    |        |                                                                                     |                 |          |            |
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                                    |                          |    |        | Sanitas                                                                             |                 |          |            |
| Suben                                                                                                                                                                | SI                       | NO | Parto  |                                                                                     |                 |          |            |
| Fracturas                                                                                                                                                            | SI                       | NO | Calend |                                                                                     |                 |          |            |
| Problemas respiratorios                                                                                                                                              |                          |    | SI     | NO                                                                                  | X               | Cuáles   |            |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                                    |                          |    | SI     | NO                                                                                  | X               | Cuáles   |            |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                                       |                          |    |        | Socon Rozo (abuela)                                                                 |                 | Teléfono | 3144195543 |
| <small>A certificar como: acudiente responsable del participante. Firmar en consecuencia y por consentimiento a cumplir con las reglas del presente formato.</small> |                          |    |        |                                                                                     |                 |          |            |
| <br>1.123.586.030<br>Firma y Celular Acudiente                                    |                          |    |        |                                                                                     |                 |          |            |

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

 CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL. - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
[contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co](mailto:contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co)  
[www.gramalote-nortedesantander.gov.co](http://www.gramalote-nortedesantander.gov.co)

**ALCALDÍA DE**  
**GRAMALOTE**  
**2024-2027**

## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Vety Naileth Gomez Bozo mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 112386030 Expedida en Gramalote, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Dylan Adrian Gomez Bozo participe del PROYECTO denominado – **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE –FASE II -VIGENCIA 2024**º, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ **Imagen** ☒ **Frases** ☒ **Declaraciones** ☒ **Testimonios** ☒ **Retrato fotográfico** ☒ **Locaciones** ☒ **Pinturas** ☒ **creaciones** ☒ **Fotografías** ☒ **Videos** ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención.

Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Vety Gomez  
Nombre y firma Acudiente  
C.C. 112386030  
Celular: 3103260693  
Email:

Dylan Adrian Gomez  
Nombre y firma de Participante  
C.C. 11090508680  
Celular: 3103260693  
Email:

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1



CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 51

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES                                                                                                                                   |                                     |      |        |       |                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------|--------|-------|----------------|
| Primer Apellido                                                                                                                                    | Castellanos                         |      |        |       |                |
| Segundo Apellido                                                                                                                                   | Domingo                             |      |        |       |                |
| Primer Nombre                                                                                                                                      | Maria                               |      |        |       |                |
| Segundo Nombre                                                                                                                                     | Guadalupe                           |      |        |       |                |
| Doc. de identidad                                                                                                                                  |                                     | Edad | 9      |       |                |
| Dirección de residencia                                                                                                                            | M <sup>8</sup> Casa 18 <sup>a</sup> |      |        |       | Teléfono       |
| E-mail                                                                                                                                             |                                     |      |        |       | Celular        |
| Institución Educativa                                                                                                                              | Sagrado Corazón de Jesús            |      |        |       | Grado          |
|                                                                                                                                                    |                                     |      |        |       | 3125973463     |
|                                                                                                                                                    |                                     |      |        |       | 4 <sup>a</sup> |
| DATOS FAMILIARES                                                                                                                                   |                                     |      |        |       |                |
| Nombre del Padre                                                                                                                                   | Leis Ivan Castellanos manrique      |      |        |       |                |
| Ocupación                                                                                                                                          | maestro de cerámica                 |      |        |       |                |
| Dirección de residencia                                                                                                                            | M <sup>8</sup> Casa 18 <sup>a</sup> |      |        |       | Celular        |
| Nombre de la Madre                                                                                                                                 | Maria Elena Domingo Soler           |      |        |       |                |
| Ocupación                                                                                                                                          | ama de casa                         |      |        |       |                |
| Dirección de residencia                                                                                                                            | M <sup>8</sup> Casa 18 <sup>a</sup> |      |        |       | Celular        |
|                                                                                                                                                    |                                     |      |        |       | 3125973963     |
| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |                                     |      |        |       |                |
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                  |                                     |      |        |       |                |
| Si tiene                                                                                                                                           | SI                                  | NO   | Futuro |       |                |
| Fracturas                                                                                                                                          | SI                                  | NO   | Cuando | Dónde |                |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            | SI                                  | NO   | Cuándo | Dónde |                |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  | SI                                  | NO   | Cuándo | Dónde |                |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     |                                     |      |        |       | Teléfono       |
| A continuación como estudiante responsable del participante firma en reconocimiento y me comprometo a cumplir con las reglas del presente formato. |                                     |      |        |       |                |
| <p>Maria Elena Domingo Soler</p> <p>Firma Y Cédula Acudiente</p>                                                                                   |                                     |      |        |       |                |

Alcaldía Municipal de Gramalote  
NIT: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
contactacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
2024-2027

**AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, Maria Elena Domingo mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 23932346 Expedida en Guacacay en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a)

Guadalupe Castellanos participe del PROYECTO denominado – **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE – FASE II -VIGENCIA 2024**”, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ **Imagen** ☒ **Frases** ☒ **Declaraciones** ☒ **Testimonios** ☒ **Retrato fotográfico** ☒ **Locaciones** ☒ **Pinturas** ☒ **creaciones** ☒ **Fotografías** ☒ **Videos** ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención.

Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Maria Elena D.  
 Nombre y firma Acudiente  
 C.C. 23932346  
 Celular: 372 591 3963  
 Email:

Maria Guadalupe Castellanos Domingo  
 Nombre y firma de Participante  
 C.C.  
 Celular:  
 Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
 Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana D – Nueva Ciudad Urbana  
 contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
 www.gramalote-nortedesantander.gov.co



**ALCALDIA DE  
 GRAMALOTE**  
 2024-2027

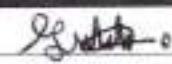
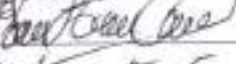
1





|                                                                                   |                                                                                                                 |                 |  |                       |          |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--|-----------------------|----------|-----------|
|  | REPUBLICA DE COLOMBIA - DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER<br>ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE<br>NIT 800.561.404-1 |                 |  |                       | CÓDIGO:  | P_OC_08   |
|                                                                                   | LISTADO DE ASISTENCIA                                                                                           |                 |  |                       | VERSIÓN: | 1.0       |
|                                                                                   |                                                                                                                 |                 |  |                       | FECHA:   | 19/7/2024 |
| Evento                                                                            | ENSAYOS MUSICA.                                                                                                 |                 |  |                       |          |           |
| Tema/Actividad:                                                                   |                                                                                                                 |                 |  |                       |          |           |
| Fecha:                                                                            |                                                                                                                 | Hora de inicio: |  | Hora de finalización: |          | Lugar:    |
| Responsable:                                                                      |                                                                                                                 |                 |  |                       |          |           |

Autoriza de forma libre, exclusiva y expresse a la Alcaldía Municipal de Gramalote, por el presente documento, a los registros fotográficos y/o filmación que se realice durante el evento antes señalado para general comunicaciones internas, externas, informes, actividades sociales y administrativas, divulgación del evento en todos los medios, página web de la Alcaldía, ofrecer servicios multimediales. Así mismo, como responsable del tratamiento de los datos personales aquí consignados, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y del Decreto 1377 de 2014, autoriza al titular de los datos personales que se presenten las siguientes directrices: a) otorgar a los datos personales: veracidad y exactitud sus datos personales, no tiene prueba de la autorización otorgada y/o aceptar la sucesión del dato; b) ejercer control sobre la sujeción de los datos a la legislación de protección de datos y en general sobre los derechos consignados en el artículo 17 de la Ley 1581 de 2012.

| Item | Nombre y apellidos      | Número de identificación | Cargo Alcaldía Municipal de Gramalote o Cargo Entidad que representa | Firma                                                                                 |
|------|-------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 1    | Dylan Matos             | 1092992670               | Alumno                                                               |    |
| 2    | Ian Jacob               | 1092.196556              | Alumno                                                               | Ian Jacob                                                                             |
| 3    | Jesid leonel uerra      | 7092353506               | Alumno                                                               | Jesid Uerra                                                                           |
| 4    | Astrid umena Mendoza G  | 1092944790               | Alumna                                                               | Astrid Mendoza                                                                        |
| 5    | Thoan Leo carrere       |                          | Alumno                                                               | Thoan                                                                                 |
| 6    | DYLAN ZAID VALERIO G.   | 1093604772               | Alumno                                                               | DYLAN                                                                                 |
| 7    | WILKER CALVO            |                          | Alumno                                                               | Wilker                                                                                |
| 8    | Juan carlos mendez      | 1092992670               | Alumno                                                               |  |
| 9    | NORBERTO OCAÑA          | 1090337150               | Alumno                                                               |  |
| 10   | Eduy Zbarrá C           | 98161387                 | Alumna                                                               |  |
| 11   | PABLO EMILIO G          | 13198216                 | Alumno                                                               | PABLO E G                                                                             |
| 12   | Juan Gutierrez          |                          | Alumno                                                               | Juan Gutierrez                                                                        |
| 13   | Daniela Gutierrez       | 1094858373               | Alumna                                                               | Daniela Gutierrez                                                                     |
| 14   | ELIO RAO GARCIA         | 27986963                 | Alumno                                                               | Elio Rao Garcia                                                                       |
| 15   | Carlos Alirio Gutierrez | 13198942                 | Alumno                                                               | Carlos A Gutierrez                                                                    |
| 16   | WILKER CALVO            | 8816862                  | Alumno                                                               | Wilker Calvo                                                                          |
| 17   | Alvaro Jose Mendez      | 1092156231               | Alumno                                                               | Alvaro Jose                                                                           |
| 18   |                         |                          |                                                                      |                                                                                       |
| 19   |                         |                          |                                                                      |                                                                                       |
| 20   |                         |                          |                                                                      |                                                                                       |
| 21   |                         |                          |                                                                      |                                                                                       |
| 22   |                         |                          |                                                                      |                                                                                       |
| 23   |                         |                          |                                                                      |                                                                                       |
| 24   |                         |                          |                                                                      |                                                                                       |
| 25   |                         |                          |                                                                      |                                                                                       |



## INFORME DEL PROCESO FORMATIVO AREA ARTÍSTICA O CULTURAL

|                                            |                                                             |                                        |                                                          |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <b>FECHA DILIGENCIAMIENTO</b>              |                                                             | 13 DE DICIEMBRE 2024                   |                                                          |
| <b>MUNICIPIO:</b>                          | GRAMALOTE                                                   | <b>NUMERO DEL CONVENIO</b>             | 02766_2024                                               |
| <b>LUGAR DE LA FORMACIÓN ARTÍSTICA</b>     | SALON DE MUSICA - CASA DE LA CULTURA MUNICIPIO DE GRAMALOTE | <b>FECHA INICIO DEL CONVENIO</b>       | 14 DE NOVIEMBRE DE 2024                                  |
| <b>SECTOR (RURAL O URBANO)</b>             | URBANO Y RURAL                                              | <b>FECHA FINALIZACIÓN DEL CONVENIO</b> | 30 DE DICIEMBRE DE 2024                                  |
| <b>AREA:</b>                               | ARTES PLASTICAS                                             | <b>HORARIOS CLASES</b>                 | DE LUNES A SABADO<br>DE 8:00 A 12 M<br>DE 2:00 A 6:00 PM |
| <b>TOTAL, DE BENEFICIARIOS PROYECTADOS</b> | 32                                                          | <b>No de HORAS PROGRAMADAS</b>         | 276                                                      |
| <b>FORMADOR</b>                            | PRIMERA INFANCIA 0-5 AÑOS                                   | 15                                     | JUVENTUD 18-24                                           |
|                                            | SEGUNDA INFANCIA 6-12 AÑOS                                  | 7                                      | ADULTO MAYOR 60                                          |
|                                            | ADOLESCENCIA 13-17                                          | 6                                      | OTROS 25-60                                              |
| <b>SUPERVISOR MUNICIPAL</b>                | OMAR ROLON ESCALANTE                                        | <b>CELULAR FORMADOR</b>                | 3104821348                                               |
|                                            | MARIA CAMILA VALCARCEL                                      | <b>E. MAIL FORMADOR</b>                | doritoom0911@gmail.com                                   |
|                                            |                                                             | <b>TELEFONO SUPERVISOR</b>             | 3208043088                                               |





# INFORME PEDAGÓGICO DEL PROCESO DE FORMACIÓN ARTÍSTICA ÁREA DE ARTES PLÁSTICAS

| NIVEL DE FORMACIÓN                                               | NIVEL DE FORMACIÓN INICIAL                                                                                                               | CANTIDAD DE PARTICIPANTES ( 32 ) | MES: NOVIEMBRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBJETIVO NIVEL DE FORMACIÓN                                      | Desarrollar la creatividad expresiva mediante la aplicación de técnicas básicas.                                                         |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| TEMA                                                             | DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD<br>(Detalle el nombre de la actividad, describa detalladamente cómo la realizó, recursos, materiales, paso a paso) | HORAS EJECUTADAS                 | RESULTADOS O PRODUCTOS<br>(tener en cuenta el desarrollo del desempeño de las competencias Sensibilidad Perceptiva, producción creación y la comprensión socio cultural, en los participantes).                                                                                                                                                                                         |
| TÉCNICAS BÁSICAS DE DIBUJO                                       | Se realiza técnicas de: Luz<br>Sombra<br>Perspectiva<br>Degradado tonal<br>Volumenes<br>Tamaños etc.                                     | 70                               | <p>Se aprende a identificar tonalidades ,formas y a aprovechar el tiempo libre para hacer composiciones del entorno tales como retratos ,naturaleza muerta, paisajes a blanco y negro con el uso del lápiz de grafito y carboncillo</p> <p>Se aprende a usar en todos los entornos y composiciones que se hace con los oríes y los acrílicos ya que todo se compone con estos temas</p> |
| LUZ, SOMBRA, DEGRADACIÓN TONAL                                   | Técnica de lápiz y carboncillos                                                                                                          | 45                               | <p>Se aprende a usar en todos los entornos y composiciones que se hace con los oríes y los acrílicos ya que todo se compone con estos temas</p> <p>Se aprende a usar en todos los entornos y composiciones que se hace con los oríes y los acrílicos ya que todo se compone con estos temas</p>                                                                                         |
| NÚMERO DE HORAS INVERTIDAS EN COMPONENTE DE GESTIÓN Y PROYECCIÓN | Visibilizar y socializar los avances en la ejecución del proceso formativo.                                                              | 15                               | <p>Eventos programados:</p> <p>1. Recibimiento de la navidad</p> <p>2. Comparsa de la alcaldía</p> <p>3. Muestra publica de obras</p>                                                                                                                                                                                                                                                   |





|                                                                                                                                                                                                                                    |                                                    |                                                                                    |  |                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| COMUNITARIA POR SEMANA                                                                                                                                                                                                             |                                                    |                                                                                    |  |                                                                                           |
| PLANEACIÓN, ENCUENTROS E INFORMES                                                                                                                                                                                                  | Desarrollar los informes en el marco del convenio. | 8                                                                                  |  | Informes en el marco del convenio, organización y depuración de evidencias y verificables |
| TOTAL HORAS MES                                                                                                                                                                                                                    |                                                    | 138                                                                                |  |                                                                                           |
| OBSERVACIONES                                                                                                                                                                                                                      |                                                    |                                                                                    |  |                                                                                           |
| EVIDENCIAS DEL PROCESO FORMATIVO                                                                                                                                                                                                   |                                                    |                                                                                    |  |                                                                                           |
| Anexa: <ul style="list-style-type: none"><li>• Fichas de inscripción</li><li>• Base de seguimiento participación de inscritos (Excel digital).</li><li>• Registros de asistencia.</li><li>• Ficha de Población Atendida.</li></ul> |                                                    |                                                                                    |  |                                                                                           |
| REGISTRO FOTOGRAFICO<br>(Colocar dos imágenes por cada actividad realizada del proceso formativo artístico realizado en el mes)                                                                                                    |                                                    |                                                                                    |  |                                                                                           |
|                                                                                                                                                |                                                    |  |  |                                                                                           |



CLASES FORMATIVAS- CASA DE LA CULTURA- GRAMALOTE



CLASES FORMATIVAS- CASA DEL ADULTO MAYOR-GRAMALOTE

| INFORME PEDAGÓGICO DEL PROCESO DE FORMACIÓN ARTÍSTICA<br>ÁREA DE ARTES PLÁSTICAS        |                                                                                                                                          |                                |                                                                                                                                                                                                 |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| NIVEL DE FORMACIÓN                                                                      | NIVEL DE FORMACIÓN INICIAL                                                                                                               | CANTIDAD DE PARTICIPANTES (32) | MES: DICIEMBRE                                                                                                                                                                                  |  |
| OBJETIVO NIVEL DE FORMACIÓN                                                             | Desarrollar la creatividad expresiva mediante la aplicación de técnicas básicas.                                                         |                                |                                                                                                                                                                                                 |  |
| TEMA                                                                                    | DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD<br>(Detalle el nombre de la actividad, describa detalladamente cómo la realizó, recursos, materiales, paso a paso) | HORAS EJECUTADAS               | RESULTADOS O PRODUCTOS<br>(tener en cuenta el desarrollo del desempeño de las competencias Sensibilidad Perceptiva, producción creación y la comprensión socio cultural, en los participantes). |  |
| LUZ, SOMBRA, DEGRADACIÓN TONAL.                                                         | Técnica de lápiz y carboncillos                                                                                                          | 30                             | Se aprende a usar en todos los entornos y composiciones que se hace con los areos y los acrílicos ya que todo se compone con estos temas                                                        |  |
| TÉCNICAS BÁSICAS DE ARTES PLÁSTICAS Y VISUALES.                                         | Técnicas óleo sobre lienzo<br>Técnica de acrílicos, vinilos etc.                                                                         | 85                             | Se aprende realizando ejercicios de práctica para llegar a una composición de la obra<br>También aprende a usar diferentes tonalidades del círculo cromática                                    |  |
| NÚMERO DE HORAS INVERTIDAS EN COMPONENTE DE GESTIÓN Y PROYECCIÓN COMUNITARIA POR SEMANA | Visibilizar y socializar los avances en la ejecución del proceso formativo.                                                              | 15                             | Eventos programados:<br>1. Recibimiento de la navidad<br>2. Comparsa de la alcaldía<br>3. Muestra publica de obras                                                                              |  |
| PLANEACIÓN, ENCUENTROS E INFORMES                                                       | Desarrollar los informes en el marco del convenio.                                                                                       | 8                              | Informes en el marco del convenio, organización y depuración de evidencias y verificables                                                                                                       |  |



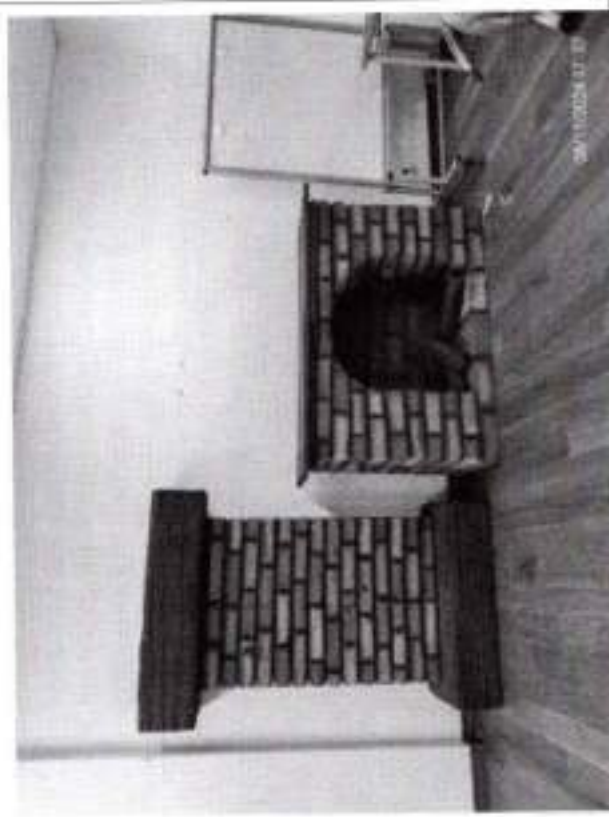
|                                                                                   |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----|
| TOTAL HORAS MES                                                                   | 138 |
| OBSERVACIONES (DETALLAR SI REALIZA ARTICULACIÓN CON ALGUNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA) |     |

**EVIDENCIAS DEL PROCESO FORMATIVO ARTISTICO**
**Anexa:**

- Fichas de inscripción
- Base de seguimiento participación de inscriptos (Excel digital).
- Registros de asistencia.
- Ficha de Población Atendida.

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

(Colocar dos imágenes por cada actividad realizada del proceso formativo artístico realizado en el mes)





CLASES FORMATIVAS- CASA DE LA CULTURA- GRAMALOTE



EVENTO RECIBIMIENTO DE LA NAVIDAD- COMPARSA MUNICIPAL-  
CASA DE LA CULTURA- GRAMALOTE

OMAR ROLON ESCALANTE  
FIRMA DEL FORMADOR

MARIA CAMILA VALCERCEL SANDOVAL  
FIRMA DEL SUPERVISOR MUNICIPAL O COOR DE CULTURA

PROGRAMA: Fortalecimiento y Fomento de los procesos de formación para la creación y gestión de la cultura. COD 2021004540024.







CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 1

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

| DATOS PERSONALES        |                        |         |            |
|-------------------------|------------------------|---------|------------|
| Primer Apellido         | Ortega                 |         |            |
| Segundo Apellido        | Rodriguez              |         |            |
| Primer Nombre           | Nohelia                |         |            |
| Segundo Nombre          | Alejandra              |         |            |
| Doc. de Identidad       | 1091995561             | Edad    | 9 años     |
| Dirección de residencia | M2 77 casa 5 la Lomita |         | Teléfono   |
| E-mail                  |                        | Celular | 3209093124 |

| DATOS FAMILIARES        |                                |         |            |
|-------------------------|--------------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        |                                |         |            |
| Ocupación               |                                | Celular |            |
| Dirección de residencia |                                |         |            |
| Nombre de la Madre      | Astrid Sulay Rodriguez Ramirez |         |            |
| Ocupación               | Ama de casa                    | Celular | 3209093124 |
| Dirección de residencia | M2 77 casa 5 la Lomita         |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |                                        |                                        |          |       |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------|-------|--|
| Número del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                  |                                        |                                        |          |       |  |
| Sisben                                                                                                                                             | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO                                     | Puntaje  | A 4   |  |
| Fracturas                                                                                                                                          | SI                                     | NO                                     | Cuando   | Dónde |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            | SI                                     | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuáles   |       |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  | SI                                     | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuáles   |       |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     |                                        |                                        | Teléfono |       |  |
| A continuación como acudiente responsable del participante firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo. |                                        |                                        |          |       |  |
| Astrid Rodriguez cc 60.362.352                                                                                                                     |                                        |                                        |          |       |  |
| Firma Y Cédula Acudiente                                                                                                                           |                                        |                                        |          |       |  |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

**AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, Astrid Sulay Rodríguez Ramírez mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 60-362.352 Expedida en Cúcuta, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Nohelia Alejandra Ortega Rodríguez participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACIÓN ARTÍSTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024** realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, proyecto apoyado por el ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural**, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ **Imagen** ☒ **Frases** ☒ **Declaraciones** ☒ **Testimonios** ☒ **Retrato fotográfico** ☒ **Locaciones** ☒ **Pinturas** ☒ **creaciones** ☒ **Fotografías** ☒ **Videos** ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Astrid Rodríguez  
Nombre y firma Acudiente  
C.C. 60.362.352  
Celular: 3209093124  
Email:

Nohelia Alejandra Ortega R.  
Nombre y firma de Participante  
C.C.  
Celular: 3209093124  
Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**





CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 2

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

| DATOS PERSONALES        |              |          |            |
|-------------------------|--------------|----------|------------|
| Primer Apellido         | Morales      |          |            |
| Segundo Apellido        | Rincon       |          |            |
| Primer Nombre           | Dora         |          |            |
| Segundo Nombre          | Sofia        |          |            |
| Doc. de Identidad       | 1090281672   | Edad     | 5          |
| Dirección de residencia | Mz 3 casa 10 | Teléfono | 3102172534 |
| E-mail                  |              | Celular  |            |

| DATOS FAMILIARES        |                             |         |            |
|-------------------------|-----------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Wilmar morales              |         |            |
| Ocupación               | ingeniero                   | Celular |            |
| Dirección de residencia |                             |         |            |
| Nombre de la Madre      | Maria de los angeles Rincon |         |            |
| Ocupación               | Salud                       | Celular | 3102044099 |
| Dirección de residencia | Mz 3 casa 10                |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |    |               |         |                      |       |          |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------|---------|----------------------|-------|----------|------------|
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                  |    |               |         | Sanitas              |       |          |            |
| Sobea                                                                                                                                              | SI | NO            | Puntaje |                      |       |          |            |
| Fracturas                                                                                                                                          | SI | <del>NO</del> | Cuando  |                      | Dónde |          |            |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            | SI | <del>NO</del> | Cuáles  |                      |       |          |            |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  | SI | <del>NO</del> | Cuáles  |                      |       |          |            |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     |    |               |         | Maria de los angeles |       | Teléfono | 3102044099 |
| A continuación como acudiente responsable del participante firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo. |    |               |         |                      |       |          |            |
| Firma Y Cédula Acudiente                                                                                                                           |    |               |         |                      |       |          |            |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nít: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote.nortedesantander.gov.co  
www.gramalote.nortedesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
NORTE DE SANTANDER



157

**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.****AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, Maria de los Angeles Rincon mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1090281672 Expedida en Santiago, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Dora Sofia Morales Rincon participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024** realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, proyecto apoyado por el ministerio de cultura - **Programa Nacional de concertación cultural**, autorizo para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ **Imagen** ☒ **Frases** ☒ **Declaraciones** ☒ **Testimonios** ☒ **Retrato fotográfico** ☒ **Locaciones** ☒ **Pinturas** ☒ **creaciones** ☒ **Fotografías** ☒ **Videos** ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Maria de los Angeles Rincon

Nombre y firma Acudiente

C.C. 1090281672

Celular:

Email:

Nombre y firma de Participante

C.C.

Celular:

Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**

**Nit: 890.501.404-1**

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 6 - Nueva Casca Urbana

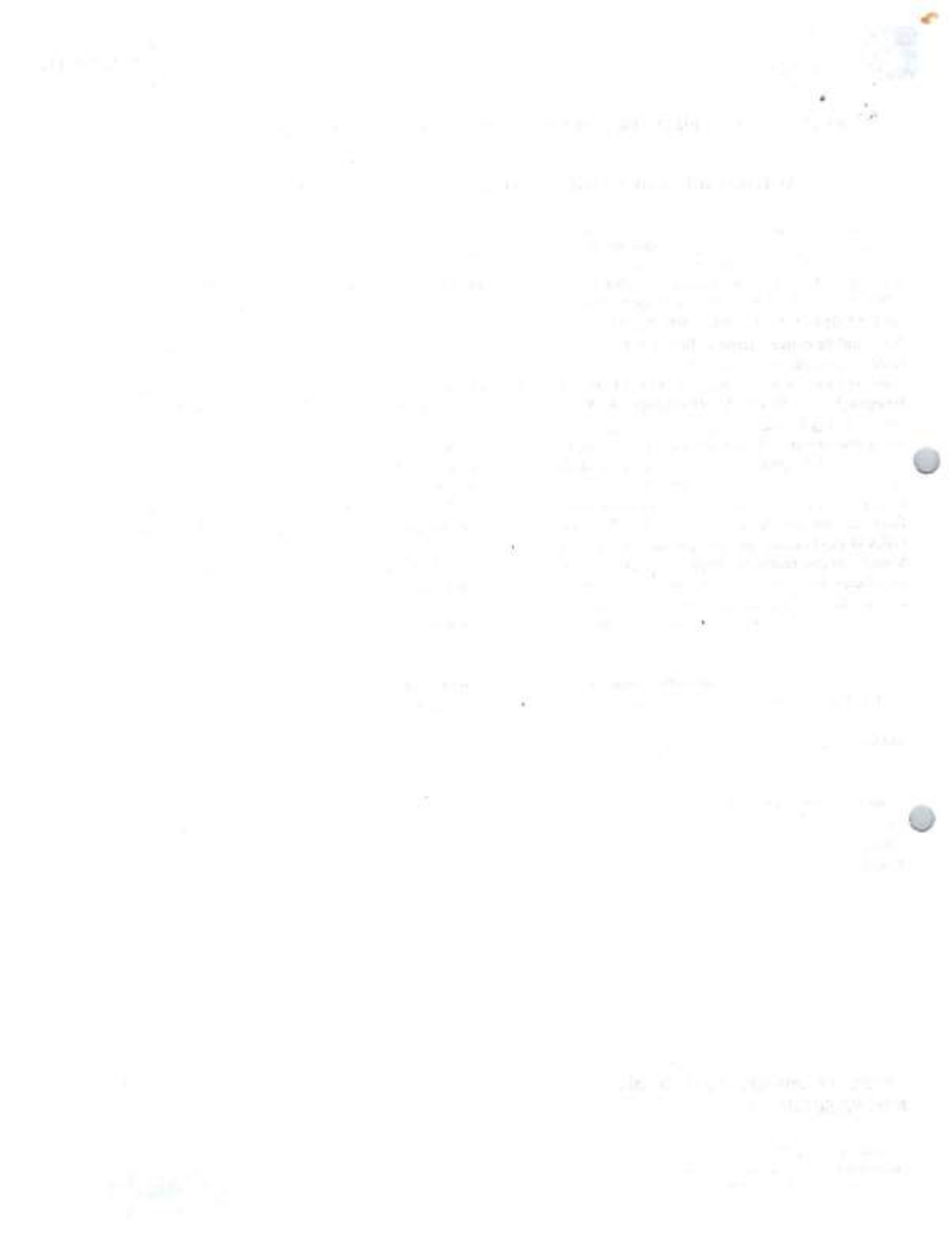
contratacion@gramalote.nortedesantander.gov.co

www.gramalote.nortedesantander.gov.co



**ALCALDÍA DE**  
**GRAMALOTE**  
**NORTE DE SANTANDER**





CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN, N° 3

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

| DATOS PERSONALES        |                   |         |            |
|-------------------------|-------------------|---------|------------|
| Primer Apellido         | Sanchez           |         |            |
| Segundo Apellido        | castellanos.      |         |            |
| Primer Nombre           | Mariana.          |         |            |
| Segundo Nombre          | Alessandra.       |         |            |
| Doc. de Identidad       | 109737753         | Edad    | 5          |
| Dirección de residencia | Vereda miraflores |         | Teléfono   |
| E-mail                  |                   | Celular | 3213105652 |

| DATOS FAMILIARES        |                      |         |            |
|-------------------------|----------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        |                      |         |            |
| Ocupación               |                      | Celular |            |
| Dirección de residencia |                      |         |            |
| Nombre de la Madre      | LUZ MARY CASTELLANOS |         |            |
| Ocupación               | Ama de casa          | Celular | 3213105652 |
| Dirección de residencia | Vereda miraflores    |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |                                     |                                     |         |         |          |            |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------|---------|----------|------------|--|
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                  |                                     |                                     |         | Sanitas |          |            |  |
| Soben                                                                                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> | NO                                  | Puntaje | A 3.    |          |            |  |
| Procuras                                                                                                                                           | SI                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | Cuidado |         | Donde    |            |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            | SI                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | Cuales  |         |          |            |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  | SI                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | Cuales  |         |          |            |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     | LUZ MARY CASTELLANOS                |                                     |         |         | Teléfono | 3213105652 |  |
| A continuación como acudiente responsable del participante firmo su consentimiento y me comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo. |                                     |                                     |         |         |          |            |  |
| LUZ MARY CASTELLANOS.                                                                                                                              |                                     |                                     |         |         |          |            |  |
| Firma Y Cédula Acudiente                                                                                                                           |                                     |                                     |         |         |          |            |  |
| 1092154851                                                                                                                                         |                                     |                                     |         |         |          |            |  |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
NORTE DE SANTANDER

## CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, LUZ MARY CASTELLANOS, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1092154851 Expedida en Gramalote, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Mariana Alessandra Sanchez participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024**", realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, proyecto apoyado por el **ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural**, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ Creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención.

Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

LUZ MARY CASTELLANOS

Nombre y firma Acudiente

C.C. 1092154851

Celular: 3213105652

Email:

Nombre y firma de Participante

C.C.

Celular:

Email:

Alcaldía Municipal de Gramalote

Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manizana 6 - Nuevo Casas Delicias

contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co

www.gramalote-nortedesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
**GRAMALOTE**  
NORTE DE SANTANDER





# CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

## FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 4

**"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".**  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

| DATOS PERSONALES        |             |          |            |
|-------------------------|-------------|----------|------------|
| Primer Apellido         | Escalante   |          |            |
| Segundo Apellido        | Perez       |          |            |
| Primer Nombre           | IAN         |          |            |
| Segundo Nombre          | Santiago    |          |            |
| Doc. de Identidad       | 1094533919  | Edad     | 5 Años     |
| Dirección de residencia | Mz 31 c2 7A | Teléfono | 3138692795 |
| E-mail                  |             | Celular  | 3138692795 |

| DATOS FAMILIARES        |                          |         |            |
|-------------------------|--------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Franklin Escalante Barba |         |            |
| Ocupación               | costurero                | Celular | 3138692795 |
| Dirección de residencia | Mz 31 c2 7A              |         |            |
| Nombre de la Madre      | Tatiana Perez            |         |            |
| Ocupación               | Almuerzo casa            | Celular | 3138692795 |
| Dirección de residencia | Mz 31 c5 7A              |         |            |

| DATOS MEDICOS                                                                                                                                      |         |            |         |          |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------|---------|----------|------------|
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                  |         |            |         |          |            |
| Saber                                                                                                                                              | SI      | NO         | Puntaje | B2       |            |
| Fracturas                                                                                                                                          | SI      | NO         | Cuando  | Dónde    |            |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            | SI      | NO         | Cuales  |          |            |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  | SI      | NO         | Cuales  |          |            |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     | la mamá |            |         | Teléfono | 3138692795 |
| A continuación como acudiente responsable del participante firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las reglas del proceso formativo. |         |            |         |          |            |
| Verli Tatiana Perez                                                                                                                                |         | 1094533569 |         |          |            |
| Firma Y Cedula Acudiente                                                                                                                           |         |            |         |          |            |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
NIT: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Cusco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



## CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yerli Tatiana Perez Patiño mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1094533369 Expedida en laureles, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Ian Santiago Escalante Perez participe del PROYECTO denominado - ESCUELA DE FORMACIÓN ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024", realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, proyecto apoyado por el ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Nombre y firma Acudiente Tatiana Perez  
C.C. 1094533369  
Celular: 313 869 2795  
Email:

Nombre y firma de Participante Ian Santiago Escalante  
C.C. 1094535919  
Celular: 313 869 2795  
Email:

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1





# CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 5

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

| DATOS PERSONALES        |               |         |                     |
|-------------------------|---------------|---------|---------------------|
| Primer Apellido         | Guardian      |         |                     |
| Segundo Apellido        | Castellanos   |         |                     |
| Primer Nombre           | Luciana       |         |                     |
| Segundo Nombre          | MAURINY       |         |                     |
| Doc. de Identidad       |               | Edad    | 5 años              |
| Dirección de residencia | V. miraflores |         | Teléfono 3124578925 |
| E-mail                  |               | Celular |                     |

| DATOS FAMILIARES        |                                  |  |         |
|-------------------------|----------------------------------|--|---------|
| Nombre del Padre        | Javier Enrique Guardian Villamir |  |         |
| Ocupación               | marroquero                       |  | Celular |
| Dirección de residencia | V. miraflores                    |  |         |
| Nombre de la Madre      | Diana Milena Castellanos C.      |  |         |
| Ocupación               | Ama de casa                      |  | Celular |
| Dirección de residencia | V. miraflores                    |  |         |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                    |                                        |                                        |                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|---------------------|
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                | Sanitas                                |                                        |                     |
| Subes                                                                                                                                            | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO                                     | Partija             |
| Fractura                                                                                                                                         | SI                                     | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuando              |
| Problemas respiratorios                                                                                                                          | SI                                     | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuáles              |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                | SI                                     | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuáles              |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                   |                                        |                                        | Teléfono 3124578925 |
| A continuación como acudero responsable del participante firmo su consentimiento y me comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo. |                                        |                                        |                     |
| Diana Milena Castellanos - 27781485                                                                                                              |                                        |                                        |                     |
| Firma Y Cédula Acudiente                                                                                                                         |                                        |                                        |                     |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co





THE UNIVERSITY OF CHICAGO LIBRARY

1975

1975

1975



1975



CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

#### AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Email:

Email:

Nil: 890.501.404-1



CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 6

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

| DATOS PERSONALES        |              |         |          |
|-------------------------|--------------|---------|----------|
| Primer Apellido         | Belandía     |         |          |
| Segundo Apellido        | RIVERA       |         |          |
| Primer Nombre           | Gervasio     |         |          |
| Segundo Nombre          | Sofía        |         |          |
| Doc. de Identidad       |              | Edad    | 74       |
| Dirección de residencia | los naranjos |         | Teléfono |
| E-mail                  |              | Celular |          |

| DATOS FAMILIARES        |                         |  |         |
|-------------------------|-------------------------|--|---------|
| Nombre del Padre        | Alcides Higeya Vargas   |  |         |
| Ocupación               | agricultor              |  | Celular |
| Dirección de residencia | los naranjos            |  |         |
| Nombre de la Madre      | Rosalba Belandía Rivera |  |         |
| Ocupación               | ama de casa             |  | Celular |
| Dirección de residencia | los naranjos            |  |         |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |                                        |                                        |          |       |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------|-------|--|
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                  |                                        |                                        |          |       |  |
| Sisben                                                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO            | Puntaje  |       |  |
| Fracturas                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> SI            | <input checked="" type="checkbox"/> NO | Cuando   | Dónde |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> SI            | <input checked="" type="checkbox"/> NO | Cuales   |       |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> SI            | <input checked="" type="checkbox"/> NO | Cuales   |       |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     |                                        |                                        | Teléfono |       |  |
| A continuación como asistente responsable del participante firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo. |                                        |                                        |          |       |  |
| Rosalba Belandía R. CC.27830484                                                                                                                    |                                        |                                        |          |       |  |
| Firma Y Cédula Acudiente                                                                                                                           |                                        |                                        |          |       |  |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|



CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Rosalva Velandia Rile mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 27830454 Expedida en santiago, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Geraldin sofia velandia participe del PROYECTO denominado - ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024", realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, proyecto apoyado por el ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, doy mi consentimiento y mi Hijo(a) da su asentimiento, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Rosalva velandia

Nombre y firma Acudiente

C.C. 27830454

Celular:

Email:

Geraldin sofia

Nombre y firma de Participante

C.C.

Celular:

Email:

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1





THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO



CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 7

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural

| DATOS PERSONALES        |                           |          |            |
|-------------------------|---------------------------|----------|------------|
| Primer Apellido         | Castro                    |          |            |
| Segundo Apellido        | Sanchez                   |          |            |
| Primer Nombre           | Carlo                     |          |            |
| Segundo Nombre          | Julieth                   |          |            |
| Doc. de Identidad       | T.1 109359893             | Edad     | 13         |
| Dirección de residencia | Manzana 6 Casa 23a        | Teléfono | 3          |
| E-mail                  | dylancaulo.2328@gmail.com | Celular  | 3125472726 |

| DATOS FAMILIARES        |                    |         |            |
|-------------------------|--------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Henry León         |         |            |
| Ocupación               | Agricultor         | Celular | 3224777562 |
| Dirección de residencia | Manzana 6 Casa 23a |         |            |
| Nombre de la Madre      | María Sanchez      |         |            |
| Ocupación               | Hogar              | Celular | 3125472726 |
| Dirección de residencia | Manzana 6 Casa 23a |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |    |    |         |               |          |            |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------|---------------|----------|------------|--|
| Nombre del Seguro Médico ó E.P.S.                                                                                                                  |    |    |         | Sanitas       |          |            |  |
| Sistema                                                                                                                                            | SI | NO | Puntaje |               |          |            |  |
| Fracturas                                                                                                                                          | SI | NO | Cuando  | Dónde         |          |            |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            | SI | NO | X       | Cuáles        |          |            |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  | SI | NO | X       | Cuáles        |          |            |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     |    |    |         | María Sanchez | Teléfono | 3125472726 |  |
| A continuación como acudiente responsable del participante firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo. |    |    |         |               |          |            |  |
| María Sanchez G.                                                                                                                                   |    |    |         |               |          |            |  |
| Firma Y Cobula Acudiente                                                                                                                           |    |    |         |               |          |            |  |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote.nortedesantander.gov.co  
www.gramalote.nortedesantander.gov.co



028794

9

TST 1

CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Maria del Carmen Sanchez G mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1097155426 Expedida en Gramalote, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Carla Elieth Castro Sanchez participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024** realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, proyecto apoyado por el ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural, autorizo para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe, así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención.

Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Maria Sanchez G.

Nombre y firma Acudiente

C.C. 1097155426

Celular: 312547226

Email: dylanarola.2323@gmail.com

Nombre y firma de Participante

C.C.

Celular:

Email:

Alcaldía Municipal de Gramalote

Nit: 890.501.404-1





1. The first part of the paper is devoted to the study of the properties of the function  $f(x)$  defined by the equation

$$f(x) = \int_0^x \frac{1}{1+t^2} dt$$

It is easy to see that  $f(x)$  is an odd function, i.e.  $f(-x) = -f(x)$ . Moreover, it is not difficult to verify that  $f(x)$  is a strictly increasing function on the whole real line.

Let us now consider the function  $F(x)$  defined by the equation

$$F(x) = \int_0^x \frac{1}{1+t^2} dt + \int_0^x \frac{1}{1+t^4} dt$$

It is easy to see that  $F(x)$  is an odd function, i.e.  $F(-x) = -F(x)$ . Moreover, it is not difficult to verify that  $F(x)$  is a strictly increasing function on the whole real line.

Let us now consider the function  $G(x)$  defined by the equation

$$G(x) = \int_0^x \frac{1}{1+t^2} dt + \int_0^x \frac{1}{1+t^4} dt + \int_0^x \frac{1}{1+t^6} dt$$

It is easy to see that  $G(x)$  is an odd function, i.e.  $G(-x) = -G(x)$ . Moreover, it is not difficult to verify that  $G(x)$  is a strictly increasing function on the whole real line.

Let us now consider the function  $H(x)$  defined by the equation

$$H(x) = \int_0^x \frac{1}{1+t^2} dt + \int_0^x \frac{1}{1+t^4} dt + \int_0^x \frac{1}{1+t^6} dt + \int_0^x \frac{1}{1+t^8} dt$$

It is easy to see that  $H(x)$  is an odd function, i.e.  $H(-x) = -H(x)$ . Moreover, it is not difficult to verify that  $H(x)$  is a strictly increasing function on the whole real line.

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

# CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 8

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

| DATOS PERSONALES        |                     |         |            |
|-------------------------|---------------------|---------|------------|
| Primer Apellido         | Ramirez             |         |            |
| Segundo Apellido        | Combariza           |         |            |
| Primer Nombre           | Brenda              |         |            |
| Segundo Nombre          | Nicol               |         |            |
| Doc. de Identidad       | 1092946340          | Edad    | 14         |
| Dirección de residencia | Manzana 8 casa 24 A |         | Teléfono   |
| E-mail                  | b.8943615@gmail.com | Celular | 3118289391 |

| DATOS FAMILIARES        |                                 |         |            |
|-------------------------|---------------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Jesus Orlando Ramirez Hernandez |         |            |
| Ocupación               | Minero                          | Celular | 3203847726 |
| Dirección de residencia |                                 |         |            |
| Nombre de la Madre      | Sonia Combariza Guayana         |         |            |
| Ocupación               | Amade casa                      | Celular | 3133958421 |
| Dirección de residencia | Manzana 8 casa 24 A             |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |                                        |                                        |         |           |          |       |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|---------|-----------|----------|-------|--|
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                  |                                        |                                        |         | Nueva EPS |          |       |  |
| Sisben                                                                                                                                             | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO                                     | Puntaje |           |          |       |  |
| Fracturas                                                                                                                                          | SI                                     | NO                                     | Calendo |           |          | Donde |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            | SI                                     | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuales  |           |          |       |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  | SI                                     | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuales  |           |          |       |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     |                                        |                                        |         |           | Teléfono |       |  |
| A continuación como acudiente responsable del participante firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo. |                                        |                                        |         |           |          |       |  |
| <br>Firma Y Cédula Acudiente                                    |                                        |                                        |         |           |          |       |  |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

Alcaldía Municipal de Gramalote  
NIT: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Sonia Combariza Guevara, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.092.154.841 Expedida en Gramalote, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Brenda Nicol Ramirez Combariza participe del PROYECTO denominado - ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024", realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, proyecto apoyado por el ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

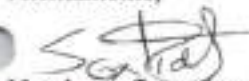
Autorizo irrevocablemente a la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Vídeos ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, doy mi consentimiento y mi Hijo(a) da su asentimiento, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

  
Nombre y firma Acudiente

C.C. 1.092.154.841

Celular: 313 343 421

Email: sonia25@gmail.com

  
Nombre y firma de Participante

C.C. 1.092.946.340

Celular: 311 8289391

Email:

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1





# CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 9

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

| DATOS PERSONALES        |                                        |          |            |
|-------------------------|----------------------------------------|----------|------------|
| Primer Apellido         | Sandoval                               |          |            |
| Segundo Apellido        | mogallón                               |          |            |
| Primer Nombre           | Liseth                                 |          |            |
| Segundo Nombre          | Daniela                                |          |            |
| Doc. de Identidad       | 1092947143                             | Edad     | 73         |
| Dirección de residencia | m26 casa 21A                           | Teléfono |            |
| E-mail                  | sandovamogallónlisethdaniela@gmail.com | Celular  | 3108094693 |

| DATOS FAMILIARES        |                               |         |            |
|-------------------------|-------------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Cesar Alonso Sandoval Carrero |         |            |
| Ocupación               | Albañil                       | Celular | 3108134577 |
| Dirección de residencia | m26 casa 21A Santa Rosa       |         |            |
| Nombre de la Madre      | Luz Marina Mogallón Botello   |         |            |
| Ocupación               | Ama de casa                   | Celular | 3143075958 |
| Dirección de residencia | m26 Casa 21A Santa Rosa       |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                     |                                        |                                        |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|-------------|
| Nombre del Seguro Médico ó E.P.S.                                                                                                                 | comfamiliar                            |                                        |             |
| Saben                                                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO            | Puntaje     |
| Fracturas                                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO            | Coeficiente |
| Problemas respiratorios                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> SI            | <input checked="" type="checkbox"/> NO | Cuales      |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> SI            | <input checked="" type="checkbox"/> NO | Cuales      |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                    | Luz Mogallón                           |                                        | Teléfono    |
| 2143075958                                                                                                                                        |                                        |                                        |             |
| A continuación como acudiente responsable del participante firmo en consentimiento y me comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo |                                        |                                        |             |
| Luz Marina Mogallón Botello C.C.=27720674                                                                                                         |                                        |                                        |             |
| Firma Y Cedula Acudiente                                                                                                                          |                                        |                                        |             |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

Alcaldía Municipal de Gramalote  
NIT: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.**

**AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, luz marina Mogollón Botello mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 27720674 Expedida en Gramalote, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Eliseth Daniela Sandoval Mogollón participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024** realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, proyecto apoyado por el ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural, autorizo para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente, luz marina Mogollón Eliseth Daniela Sandoval Mogollón

luz marina Mogollón Botello Eliseth Daniela Sandoval Mogollón  
Nombre y firma Acudiente Nombre y firma de Participante

C.C. 27720674 C.C. 1092947143

Celular: 3143075958 Celular: 3108094693

Email: luzmarina5009@gmail.com Email: Sandovalmogollónelisethdaniela@gmail.com

# CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 10

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

| DATOS PERSONALES        |              |         |            |
|-------------------------|--------------|---------|------------|
| Primer Apellido         | Gómez        |         |            |
| Segundo Apellido        | Quintero     |         |            |
| Primer Nombre           | Arianna      |         |            |
| Segundo Nombre          | Sofía        |         |            |
| Doc. de Identidad       |              | Ethel   | 08         |
| Dirección de residencia | H2 78 Casa 4 |         | Teléfono   |
| E-mail                  |              | Celular | 3229495951 |
|                         |              |         | 3229459648 |

| DATOS FAMILIARES        |                            |         |            |
|-------------------------|----------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Leonardo Gómez Agudelo     |         |            |
| Ocupación               | Conductor                  | Celular | 3229495951 |
| Dirección de residencia | H2 78 Casa 4 Nueva Granada |         |            |
| Nombre de la Madre      | Alma Alejandra Quintero    |         |            |
| Ocupación               | Ama de casa                | Celular | 3229459648 |
| Dirección de residencia | H2 78 Casa 4 Nueva Granada |         |            |

| DATOS MEDICOS                                                                                                                                      |    |    |         |  |  |          |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------|--|--|----------|--|
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                  |    |    |         |  |  |          |  |
| Sistema                                                                                                                                            | SI | NO | Puntaje |  |  |          |  |
| Fracturas                                                                                                                                          | SI | NO | Cuando  |  |  | Donde    |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            | SI | NO | Cuales  |  |  |          |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  | SI | NO | Cuales  |  |  |          |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     |    |    |         |  |  | Teléfono |  |
| A continuación como acudiente responsable del participante firma su consentimiento y su compromiso a cumplir con las clases del proceso formativo. |    |    |         |  |  |          |  |
|                                                                                                                                                    |    |    |         |  |  |          |  |
| Firma Y Celular Acudiente                                                                                                                          |    |    |         |  |  |          |  |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote.nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co







## CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_ mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ Expedida en \_\_\_\_\_, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) \_\_\_\_\_ participe del PROYECTO denominado – **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE –FASE II -VIGENCIA 2024**”, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, proyecto apoyado por el ministerio de cultura – Programa Nacional de concertación cultural**, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre X Imagen X Frases X Declaraciones X Testimonios X Retrato fotográfico X Locaciones X Pinturas X Creaciones X Fotografías X Videos X. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Nombre y firma Acudiente  
C.C.  
Celular:  
Email:

Nombre y firma de Participante  
C.C.  
Celular:  
Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**



# CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 11

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

| DATOS PERSONALES        |                |          |            |
|-------------------------|----------------|----------|------------|
| Primer Apellido         | Sanchez        |          |            |
| Segundo Apellido        | Sanchez        |          |            |
| Primer Nombre           | Breyner        |          |            |
| Segundo Nombre          | Steven         |          |            |
| Doc. de Identidad       | 1093310051     | Edad     | 7 años     |
| Dirección de residencia | Vda miraflores | Teléfono |            |
| E-mail                  |                | Celular  | 3114717292 |

| DATOS FAMILIARES        |                              |         |            |
|-------------------------|------------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Sergio Sanchez Balaquera     |         |            |
| Ocupación               | Agricultor                   | Celular | 3114717292 |
| Dirección de residencia | Vda miraflores, Gramalote    |         |            |
| Nombre de la Madre      | marly yohana Sanchez Sanchez |         |            |
| Ocupación               | hogar                        | Celular | 3114717292 |
| Dirección de residencia | Vda miraflores, Gramalote    |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                             |    |    |         |                      |  |            |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------|----------------------|--|------------|--|
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S                                                                                                          |    |    |         | Nueva EPS Subsidiado |  |            |  |
| Sistema                                                                                                                                   | SI | NO | Puntaje | B3                   |  |            |  |
| Fracturas                                                                                                                                 | SI | NO | Cuando  | Donde                |  |            |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                   | SI | NO | Cuales  |                      |  |            |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                         | SI | NO | Cuales  |                      |  |            |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                            |    |    |         | marly Sanchez        |  | Teléfono   |  |
|                                                                                                                                           |    |    |         |                      |  | 3114717292 |  |
| A continuación como representante del participante firma su consentimiento y me comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo |    |    |         |                      |  |            |  |
| marly y Sanchez S. CC 1092155289                                                                                                          |    |    |         |                      |  |            |  |
| Firma Y Cédula Acudiente                                                                                                                  |    |    |         |                      |  |            |  |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1





## CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Mariy Yohana Sanchez S. mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1092155259 Expedida en Gramalote, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Breyner Steven Sanchez S. participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024**", realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, proyecto apoyado por el ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Mariy Y Sanchez S.

Nombre y firma Acudiente

C.C. 1092155259

Celular: 3114717292

Email:

Breyner Sanchez

Nombre y firma de Participante

C.C. T I 1093370051

Celular:

Email:

Alcaldía Municipal de Gramalote

Nit: 890.501.404-1



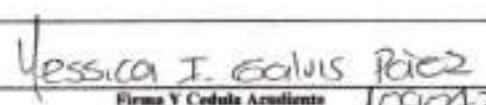
# CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

## FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 12

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

| DATOS PERSONALES        |              |          |            |
|-------------------------|--------------|----------|------------|
| Primer Apellido         | Pediaza      |          |            |
| Segundo Apellido        | Galvis       |          |            |
| Primer Nombre           | Rosaline     |          |            |
| Segundo Nombre          |              |          |            |
| Doc. de Identidad       | 1092545732   | Edad     | 7 años     |
| Dirección de residencia | M2 13 casa 9 | Teléfono |            |
| E-mail                  |              | Celular  | 3214322939 |

| DATOS FAMILIARES        |                               |         |            |
|-------------------------|-------------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Nelson Juvier Pediaza Briceno |         |            |
| Ocupación               | Comerciante                   | Celular |            |
| Dirección de residencia | M2 13 casa 9                  |         |            |
| Nombre de la Madre      | Nessica I. Galvis Páez        |         |            |
| Ocupación               | Psicóloga                     | Celular | 3214322939 |
| Dirección de residencia | M2 13 casa 9                  |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                         |    |      |         |         |  |          |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|---------|---------|--|----------|------------|
| Nombre del Seguro Médico o EPS.                                                                                                                       |    |      |         | Sanitas |  |          |            |
| Sísten                                                                                                                                                | SI | NO   | Puntaje |         |  |          |            |
| Fracturas                                                                                                                                             | SI | NO   | Colado  |         |  | Donde    |            |
| Problemas respiratorios                                                                                                                               | SI | NO X | Culles  |         |  |          |            |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                     | SI | NO X | Culles  |         |  |          |            |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                        |    |      |         | Mamá    |  | Teléfono | 3214322939 |
| A continuación como estudiante responsable del participante firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo.   |    |      |         |         |  |          |            |
| <br>Nessica I. Galvis Páez<br>Firma Y Cédula Acudiente 1090421564 |    |      |         |         |  |          |            |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|





**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.**

**AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, Jessica Isamar Galvis Páez mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 10910421564 Expedida en Cúcuta, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Rosaline Pedraza Galvis participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024** realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, proyecto apoyado por el **ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural**, autorizo para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ **Imagen** ☒ **Frases** ☒ **Declaraciones** ☒ **Testimonios** ☒ **Retrato fotográfico** ☒ **Locaciones** ☒ **Pinturas** ☒ **creaciones** ☒ **Fotografías** ☒ **Videos** ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Jessica I. Galvis Páez  
Nombre y firma Acudiente  
C.C. 10910421564  
Celular: 3214322939  
Email: jessicagalvis07@gmail.com

Nombre y firma de Participante  
C.C.  
Celular:  
Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**





**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE**
**FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 13**

**"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".**  
 Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

| DATOS PERSONALES        |                                     |      |              |
|-------------------------|-------------------------------------|------|--------------|
| Primer Apellido         | Prieto                              |      |              |
| Segundo Apellido        | Estevez                             |      |              |
| Primer Nombre           | Maria                               |      |              |
| Segundo Nombre          | José                                |      |              |
| Doc. de Identidad       | 1092 537 378                        | Edad | 14           |
| Dirección de residencia | Vereda los Naranjos finca el filo   |      | Teléfono     |
| E-mail                  | Prieto Estevez Maria Jose@gmail.com |      | Celular      |
|                         |                                     |      | 322 4138 404 |
|                         |                                     |      | 313 827 1055 |

| DATOS FAMILIARES        |                                   |         |              |
|-------------------------|-----------------------------------|---------|--------------|
| Nombre del Padre        | José Saul Prieto Gutierrez        |         |              |
| Ocupación               | Caficultor                        | Celular | 314 34 04655 |
| Dirección de residencia | Vereda los Naranjos finca el filo |         |              |
| Nombre de la Madre      | Blanca Flor Estevez Buendia       |         |              |
| Ocupación               | Ama de casa                       | Celular | 322 4138 404 |
| Dirección de residencia | Vereda los Naranjos finca el filo |         |              |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |                                        |                                        |         |             |              |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|---------|-------------|--------------|--|--|
| Nombre del Seguro Médico o EPS                                                                                                                     |                                        |                                        |         | Confaviente |              |  |  |
| Saben                                                                                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO            | Puntaje | A4          |              |  |  |
| Fracturas                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO            | Cuando  | Dónde       |              |  |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> SI            | <input checked="" type="checkbox"/> NO | Cuando  | Cuales      |              |  |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> SI            | <input checked="" type="checkbox"/> NO | Cuando  | Cuales      |              |  |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     | Mancela Prieto (tía)                   |                                        |         | Teléfono    | 313 827 1055 |  |  |
| A continuación como acudiente responsable del participante firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo. |                                        |                                        |         |             |              |  |  |
| CC: 83168343                                                                                                                                       |                                        |                                        |         |             |              |  |  |
| Firma Y Cédula Acudiente                                                                                                                           |                                        |                                        |         |             |              |  |  |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
 Nit: 690.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
 contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
 www.gramalote-nortedesantander.gov.co



## CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Jose Saul Prieto Gutierrez mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 88168343 Expedida en Gramalote, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Maria Jose Prieto Estevez participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024** realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, proyecto apoyado por el ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural, autorizo para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente, Jose Saul Prieto Gutierrez

Nombre y firma Acudiente

C.C. 88168343

Celular: 314 3404655

Email:

Nombre y firma de Participante

C.C.

Celular:

Email:

Alcaldía Municipal de Gramalote

Nit: 890.501.404-1







CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 14

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

| DATOS PERSONALES        |                                           |      |            |
|-------------------------|-------------------------------------------|------|------------|
| Primer Apellido         | Julio                                     |      |            |
| Segundo Apellido        | Palencia                                  |      |            |
| Primer Nombre           | Cristian                                  |      |            |
| Segundo Nombre          | Eduardo                                   |      |            |
| Doc. de identidad       | 1092154385                                | Edad | 18         |
| Dirección de residencia | Manzana 11 casa 19-a                      |      | Teléfono   |
| E-mail                  | Julio.palencia.cristian.eduardo@gmail.com |      | Celular    |
|                         |                                           |      | 3125069385 |

| DATOS FAMILIARES        |                        |         |            |
|-------------------------|------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        |                        |         |            |
| Ocupación               |                        | Celular |            |
| Dirección de residencia |                        |         |            |
| Nombre de la Madre      | Cielo Palencia Mendoza |         |            |
| Ocupación               |                        | Celular | 3204232629 |
| Dirección de residencia | Manzana 11 casa 19-a   |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |    |    |         |          |       |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------|----------|-------|--|--|
| Nombres del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                 |    |    |         |          |       |  |  |
| Sisben                                                                                                                                             | SI | NO | Puntaje |          |       |  |  |
| Fracturas                                                                                                                                          | SI | NO | Cuando  |          | Donde |  |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            | SI | NO | Cuales  |          |       |  |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  | SI | NO | Cuales  |          |       |  |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     |    |    |         | Teléfono |       |  |  |
| A continuación como acudiente responsable del participante firma su consentimiento y se comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo. |    |    |         |          |       |  |  |
| Firma Y Celula Acudiente                                                                                                                           |    |    |         |          |       |  |  |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Cielo Palencia Mendoza mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ Expedida en \_\_\_\_\_, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Cristian Eduardo Julio Palencia participe del PROYECTO denominado – ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE –FASE II -VIGENCIA 2024”. realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, proyecto apoyado por el ministerio de cultura – Programa Nacional de concertación cultural, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Vídeos ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, doy mi consentimiento y mi Hijo(a) da su asentimiento, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Nombre y firma Acudiente  
C.C.  
Celular: 3204232629  
Email:

Nombre y firma de Participante  
C.C. 1092154335  
Celular: 3125069385  
Email: juliopalenciacristianeuardo@gmail.com

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1





192

**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE**
**FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 15**
**"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".**

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES        |                                    |       |           |
|-------------------------|------------------------------------|-------|-----------|
| Primer Apellido         | Gómez                              |       |           |
| Segundo Apellido        | Ballesteros                        |       |           |
| Primer Nombre           | Gladys                             |       |           |
| Segundo Nombre          | Nireya                             |       |           |
| Doc. de Identidad       | 1448145651                         | Edad  |           |
| Dirección de residencia | Gramalote U. miraflores            |       | Teléfono  |
| E-mail                  | ballesteros Gladys 1997@gmail.com. |       | Celular   |
| Institución Educativa   |                                    | Grado | bachiller |

| DATOS FAMILIARES        |                         |         |            |
|-------------------------|-------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        |                         |         |            |
| Ocupación               |                         | Celular |            |
| Dirección de residencia |                         |         |            |
| Nombre de la Madre      | Irma ballesteros        |         |            |
| Ocupación               | Dama de Casa            | Celular | 3105689288 |
| Dirección de residencia | Gramalote U. miraflores |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |    |    |         |                  |  |          |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------|------------------|--|----------|------------|
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                  |    |    |         | SUNITAS E.P.S    |  |          |            |
| Sicosis                                                                                                                                            | SI | NO | Puntaje | A1               |  |          |            |
| Fracturas                                                                                                                                          | SI | NO | Cuándo  | Dónde            |  |          |            |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            | SI | NO | Cuáles  |                  |  |          |            |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  | SI | NO | Cuáles  |                  |  |          |            |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     |    |    |         | Irma ballesteros |  | Teléfono | 3105689288 |
| A continuación como acudiente responsable del participante firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo. |    |    |         |                  |  |          |            |
| Gladys Nireya Gómez Ballesteros<br>Firma y Cédula Acudiente 1-1448-145651                                                                          |    |    |         |                  |  |          |            |

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
 Nit: 890.501.404-1

 CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
 contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
 www.gramalote-nortedesantander.gov.co

**ALCALDÍA DE**  
**GRAMALOTE**  
 2024-2027





Handwritten text at the top of the page.

Handwritten text in the upper middle section, possibly a list or notes.

Handwritten text in the middle section, including a list of items or names.

Handwritten text in the lower middle section.

Handwritten text in the lower section, possibly a signature or conclusion.

Handwritten text at the bottom left corner.

Handwritten text at the bottom right corner.

## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Glady's Mireya Gomez B. mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1-148-145651 Expedida en \_\_\_\_\_, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) \_\_\_\_\_ participe del PROYECTO denominado – **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE –FASE II -VIGENCIA 2024**”, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención.

Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Glady's Mireya Gomez B.  
Nombre y firma Acudiente

C.C. 1-148-145651  
Celular: 3134407339  
Email: \_\_\_\_\_

Glady's Mireya Gomez B.  
Nombre y firma de Participante

C.C. 1-148-145651  
Celular: 3134407339  
Email: \_\_\_\_\_

Alcaldía Municipal de Gramalote

Nit: 890.501.404-1



# CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

## FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 16

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

| DATOS PERSONALES        |               |         |            |
|-------------------------|---------------|---------|------------|
| Primer Apellido         | Gonzalez      |         |            |
| Segundo Apellido        | Gomez         |         |            |
| Primer Nombre           | Diana         |         |            |
| Segundo Nombre          | Alejandra     |         |            |
| Doc. de Identidad       | 1042540499    | Edad    | 11-12      |
| Dirección de residencia | El Pomerio 30 |         | Teléfono   |
| E-mail                  |               | Celular | 3144485672 |

| DATOS FAMILIARES        |                               |         |            |
|-------------------------|-------------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Juan Pablo Gonzalez           |         |            |
| Ocupación               | militar                       | Celular | 3108681441 |
| Dirección de residencia | El Chuco                      |         |            |
| Nombre de la Madre      | Elvira del Pilar Gomez Mendez |         |            |
| Ocupación               | jefe de enfermería            | Celular | 3202554320 |
| Dirección de residencia | Pamplona - Chiriguá           |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                       |    |      |         |               |  |            |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|---------|---------------|--|------------|--|
| Nombre del Seguro Médico ó E.P.S.                                                                                                                   |    |      |         | Salud Militar |  |            |  |
| Símben                                                                                                                                              | SI | NO   | Puntaje | 2             |  |            |  |
| Fracturas                                                                                                                                           | SI | NO X | Cuando  | Donde         |  |            |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                             | SI | NO X | Cuáles  |               |  |            |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                   | SI | NO X | Cuáles  |               |  |            |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                      |    |      |         | Marina Mendez |  | Teléfono   |  |
|                                                                                                                                                     |    |      |         |               |  | 3144485672 |  |
| A continuación como estudiante responsable del participante firma su consentimiento y me comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo. |    |      |         |               |  |            |  |
| Marina Antonia Gonzalez                                                                                                                             |    |      |         | 27718848917   |  |            |  |
| Firma y Cédula Acudiente                                                                                                                            |    |      |         |               |  |            |  |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|







CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Vanina Antonia Heredia Guea mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 27718847 Expedida en Gramalote, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Nieta participe del PROYECTO denominado - ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024". realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, proyecto apoyado por el ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Vídeos ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, doy mi consentimiento y mi Hijo(a) da su asentimiento, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Vanina Antonia Heredia Guea  
Nombre y firma Acudiente

C.C. 27718847  
Celular: 3144455672  
Email:

Danna Alejandra S. G.  
Nombre y firma de Participante  
C.C. 1092540499  
Celular: 3144455672  
Email:

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1





2020-2021

2020-2021

2020-2021

2020-2021

2020-2021

2020-2021



CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 17

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

| DATOS PERSONALES        |                         |          |           |
|-------------------------|-------------------------|----------|-----------|
| Primer Apellido         | Angel David Gamboa Bana |          |           |
| Segundo Apellido        | Edmundo                 |          |           |
| Primer Nombre           | Angel                   |          |           |
| Segundo Nombre          | David                   |          |           |
| Doc. de Identidad       |                         | Edad     | 7-8       |
| Dirección de residencia | Permaroso               | Teléfono | 344485672 |
| E-mail                  |                         | Celular  |           |

| DATOS FAMILIARES        |                          |         |            |
|-------------------------|--------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Juan Pablo Sandoval      |         |            |
| Ocupación               | Militar                  | Celular | 3108681144 |
| Dirección de residencia | Choco                    |         |            |
| Nombre de la Madre      | María Pilar Gómez Hender |         |            |
| Ocupación               | Enfermera jefe           | Celular | 320254328  |
| Dirección de residencia | Chitagá Famplova         |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |    |    |         |                    |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------|--------------------|--|--|--|
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                  |    |    |         | Salud militar      |  |  |  |
| Sistema                                                                                                                                            | SI | NO | Puntaje | 2                  |  |  |  |
| Fractura                                                                                                                                           | SI | NO | Cuando  | Donde              |  |  |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            | SI | NO | Cuando  | Cuales             |  |  |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  | SI | NO | Cuando  | Cuales             |  |  |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     |    |    |         | Teléfono           |  |  |  |
| A continuación como acudiente responsable del participante firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo. |    |    |         |                    |  |  |  |
| Firma Y Cédula Acudiente                                                                                                                           |    |    |         | 27718549 gramalote |  |  |  |





CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yarina Antonia Véliz Guerra mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 27718849 Expedida en Gramalote, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Nieto participe del PROYECTO denominado - ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024". realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, proyecto apoyado por el ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE. Para que usen mi o su Nombre ☒ imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, doy mi consentimiento y mi Hijo(a) da su asentimiento, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Yarina Antonia Véliz Guerra  
Nombre y firma Acudiente  
C.C. 27718849 Gramalote  
Celular: 3144485672  
Email:

Angel David Sandoval G  
Nombre y firma de Participante  
C.C.  
Celular:  
Email:

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1





10/10/10

1. The first part of the paper is devoted to a discussion of the

main results of the paper, which are summarized in the following

theorem. Let  $\Omega$  be a bounded domain in  $\mathbb{R}^n$  with smooth boundary  $\partial\Omega$ .

Let  $u$  be a function in  $C^2(\bar{\Omega})$  satisfying the boundary value problem

$$\Delta u = f \text{ in } \Omega, \quad u = g \text{ on } \partial\Omega,$$

where  $f$  and  $g$  are given functions. Then the following estimate holds:

$$\|u\|_{C^2(\bar{\Omega})} \leq C(\|f\|_{C^0(\bar{\Omega})} + \|g\|_{C^2(\partial\Omega)}).$$

The constant  $C$  depends only on the domain  $\Omega$  and the dimension  $n$ .

This result is a special case of the more general theory of elliptic partial differential equations.

The proof of this theorem is based on the maximum principle for elliptic equations.

The maximum principle states that if  $u$  is a function in  $C^2(\bar{\Omega})$  satisfying

$$\Delta u \leq 0 \text{ in } \Omega,$$

then the maximum of  $u$  is attained on the boundary  $\partial\Omega$ .

This principle is a fundamental tool in the study of elliptic partial differential equations.

The proof of the maximum principle is based on the following lemma.

Let  $u$  be a function in  $C^2(\bar{\Omega})$  satisfying  $\Delta u \leq 0$  in  $\Omega$ . Then

$$\max_{\bar{\Omega}} u = \max_{\partial\Omega} u.$$

The proof of this lemma is based on the following argument.

Suppose that  $u$  attains its maximum at an interior point  $x_0$  of  $\Omega$ .

Then  $\Delta u(x_0) \geq 0$ , which contradicts the assumption  $\Delta u \leq 0$ .

Therefore, the maximum of  $u$  must be attained on the boundary  $\partial\Omega$ .

# CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 18

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

| DATOS PERSONALES        |                             |         |            |
|-------------------------|-----------------------------|---------|------------|
| Primer Apellido         | Peñaranda                   |         |            |
| Segundo Apellido        | Correa                      |         |            |
| Primer Nombre           | Angel                       |         |            |
| Segundo Nombre          | Emiliano                    |         |            |
| Doc. de Identidad       | 1.092.542.619               | Edad    | 9          |
| Dirección de residencia | M2 8 casa 12 Santa Rosa     |         | Teléfono   |
| E-mail                  | Sindy -- correa@hotmail.com | Celular | 3234885057 |

| DATOS FAMILIARES        |                         |         |             |
|-------------------------|-------------------------|---------|-------------|
| Nombre del Padre        | Andres Peñaranda        |         |             |
| Ocupación               | Independiente           | Celular | 313 2320537 |
| Dirección de residencia | Circuta                 |         |             |
| Nombre de la Madre      | Sindy Correa            |         |             |
| Ocupación               |                         | Celular | 3234885057  |
| Dirección de residencia | M2 8 casa 12 Santa Rosa |         |             |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |    |    |              |               |            |       |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|--------------|---------------|------------|-------|--|
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                  |    |    |              | Col Sanitas   |            |       |  |
| Sísten                                                                                                                                             | SI | NO | Postaje      |               |            |       |  |
| Fracturas                                                                                                                                          | SI | NO | Colendo      |               |            | Donde |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            | SI | NO | Cualles      |               |            |       |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  | SI | NO | Cualles      |               |            |       |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     |    |    | Sindy Correa | Teléfono      | 3234885057 |       |  |
| A continuación como acudiente responsable del participante firmo en consentimiento y me comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo. |    |    |              |               |            |       |  |
| Sindy C                                                                                                                                            |    |    |              | 1.090.441.495 |            |       |  |
| Firma Y Celula Acudiente                                                                                                                           |    |    |              |               |            |       |  |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nlt: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



The first part of the document discusses the importance of maintaining accurate records of all transactions. It emphasizes that every entry must be supported by a valid receipt or invoice. This ensures transparency and allows for easy auditing of the accounts.

In the second section, the author outlines the procedures for handling discrepancies. If a discrepancy is identified, it should be investigated immediately. The steps involve comparing the ledger entries with the source documents and identifying the cause of the error. Once the cause is determined, the necessary adjustments should be made to the accounts.

The third section covers the process of reconciling the accounts. This involves comparing the balance sheet with the general ledger and ensuring that all entries are properly recorded. Reconciliation is a critical step in the accounting cycle, as it helps to identify and correct errors before they become more significant.

The final part of the document provides a summary of the key points discussed. It reiterates the importance of accuracy, transparency, and regular reconciliation. The author concludes by stating that these practices are essential for the successful operation of any business.



## CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Sindy Correa mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1090.441.435 Expedida en Cucuta, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Emiliano Peñaranda participe del PROYECTO denominado - ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024". realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, proyecto apoyado por el ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE. Para que usen mi o su Nombre ☒ imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, doy mi consentimiento y mi Hijo(a) da su asentimiento, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Sindy C  
Nombre y firma Acudiente

C.C. 1090.441.435

Celular: 3234985057

Email: sindy--correa@hotmail.com

Emiliano  
Nombre y firma de Participante

C.C. 1.092.542.613

Celular:

Email:

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

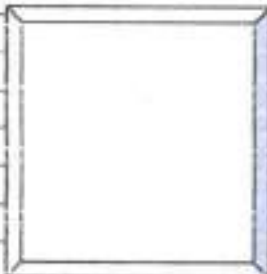




CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 19

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

|                         |                        |      |          |                                                                                     |
|-------------------------|------------------------|------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| DATOS PERSONALES        |                        |      |          |  |
| Primer Apellido         | Guarin                 |      |          |                                                                                     |
| Segundo Apellido        | Blanco                 |      |          |                                                                                     |
| Primer Nombre           | Ariadny                |      |          |                                                                                     |
| Segundo Nombre          | Salome                 |      |          |                                                                                     |
| Doc. de Identidad       | 1030042303             | Edad | 5        |                                                                                     |
| Dirección de residencia | M2 45 casa 1           |      | Teléfono |                                                                                     |
| E-mail                  | emolav3niray@gmail.com |      | Celular  |                                                                                     |

|                         |                                   |         |            |
|-------------------------|-----------------------------------|---------|------------|
| DATOS FAMILIARES        |                                   |         |            |
| Nombre del Padre        | Betty Yohel Edinson Andres Guarín |         |            |
| Ocupación               | Profesor                          | Celular |            |
| Dirección de residencia | Congo                             |         |            |
| Nombre de la Madre      | Deisy Yohana Blanco Carro         |         |            |
| Ocupación               | ama de casa                       | Celular | 3222404411 |
| Dirección de residencia | M2 45 casa 1                      |         |            |

|                                                                                                                                                    |                                        |                                        |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|------------|
| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |                                        |                                        |            |
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                  |                                        |                                        |            |
| Santitas Subsidiado                                                                                                                                |                                        |                                        |            |
| Saben                                                                                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO            | Puntaje    |
|                                                                                                                                                    |                                        |                                        | A3         |
| Fracturas                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> SI            | <input checked="" type="checkbox"/> NO | Cuando     |
|                                                                                                                                                    |                                        |                                        | Donde      |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> SI            | <input checked="" type="checkbox"/> NO | Cuando     |
|                                                                                                                                                    |                                        |                                        | Cuando     |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> SI            | <input checked="" type="checkbox"/> NO | Cuando     |
|                                                                                                                                                    |                                        |                                        | Cuando     |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     |                                        | Yohana Blanco                          | Teléfono   |
|                                                                                                                                                    |                                        |                                        | 3222404411 |
| A continuación como acudiente responsable del participante firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las reglas del proceso formativo. |                                        |                                        |            |
| Yohana Blanco c                                                                                                                                    |                                        |                                        |            |
| Firma Y Cédula Acudiente                                                                                                                           |                                        |                                        |            |

1092156267

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

Alcaldía Municipal de Gramalote  
NIT: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
NORTE DE SANTANDER



Page 10



## CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yohana Blanco Carro mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1092156267 Expedida en Gramalote, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Arpadny Salome Guarin participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024**", realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, proyecto apoyado por el ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención.

La utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Yohana Blanco c  
Nombre y firma Acudiente

C.C. 1092156267

Celular: 3222404411

Email: emda13niraqu@gmail.com

Nombre y firma de Participante

C.C.

Celular:

Email:

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nº: 890.501.404-1





**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE**
**FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N°** 20
**“ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024”.**  
**Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural**

| DATOS PERSONALES        |                     |      |            |
|-------------------------|---------------------|------|------------|
| Primer Apellido         | Ramirez             |      |            |
| Segundo Apellido        | Meza                |      |            |
| Primer Nombre           | Henry               |      |            |
| Segundo Nombre          | Arley               |      |            |
| Doc. de Identidad       | TI 1092155 690      | Edad | 13         |
| Dirección de residencia | V. Boyacá           |      | Teléfono   |
| E-mail                  | HenryMeza@gmail.com |      | Celular    |
|                         |                     |      | 3135538294 |

| DATOS FAMILIARES        |                       |         |              |
|-------------------------|-----------------------|---------|--------------|
| Nombre del Padre        | Henry Ramirez Mendoza |         |              |
| Ocupación               | Agricultor            | Celular | 321 232 0328 |
| Dirección de residencia | V. Boyacá             |         |              |
| Nombre de la Madre      | Ana Josefa Meza C.    |         |              |
| Ocupación               | Ama de casa           | Celular | 313 553 8294 |
| Dirección de residencia | V. Boyacá             |         |              |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |                                        |                             |         |            |  |          |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------|---------|------------|--|----------|--------------|
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                  |                                        |                             |         | Weva EPS   |  |          |              |
| Símbolo                                                                                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Partaje | A02        |  |          |              |
| Fracturas                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Cuando  |            |  | Donde    |              |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> SI            | <input type="checkbox"/> NO | Cuales  |            |  |          |              |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> SI            | <input type="checkbox"/> NO | Cuales  |            |  |          |              |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     |                                        |                             |         | Ana Meza   |  | Teléfono | 313 553 8294 |
| A continuación como acudiente responsable del participante firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo. |                                        |                             |         |            |  |          |              |
| Ana Josefa Meza                                                                                                                                    |                                        |                             |         | 1092155317 |  |          |              |
| Firma Y Cédula Acudiente                                                                                                                           |                                        |                             |         |            |  |          |              |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

 CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
 contrataciones@gramalote-nortedesantander.gov.co  
 www.gramalote-nortedesantander.gov.co


1. The first part of the document is a list of names and addresses of the members of the committee.

2. The second part is a list of the names of the members of the committee.

3. The third part is a list of the names of the members of the committee.

4. The fourth part is a list of the names of the members of the committee.

5. The fifth part is a list of the names of the members of the committee.

6. The sixth part is a list of the names of the members of the committee.

7. The seventh part is a list of the names of the members of the committee.

8. The eighth part is a list of the names of the members of the committee.

9. The ninth part is a list of the names of the members of the committee.

10. The tenth part is a list of the names of the members of the committee.

**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.**
**AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, Ara Josefa Meza mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1092155317 Expedida en Ste en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Henry Alex Ramirez participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024** realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, proyecto apoyado por el ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ **Imagen** ☒ **Frases** ☒ **Declaraciones** ☒ **Testimonios** ☒ **Retrato fotográfico** ☒ **Locaciones** ☒ **Pinturas** ☒ **Reacciones** ☒ **Fotografías** ☒ **Videos** ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Ara Josefa Meza

Nombre y firma Acudiente

c.c. 1092155317

Celular: 313 553 8294

Email: ara1092155317@gmail.com

Henry RAMIREZ Meza ✓

Nombre y firma de Participante

c.c. TI 1092155690

Celular: 313 553 8294

Email: Henry Meza@gmail.com

**Alcaldía Municipal de Gramalote**

**Nit: 890.501.404-1**

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano

contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co

www.gramalote-nortedesantander.gov.co



**ALCALDÍA DE**  
**GRAMALOTE**  
 NORTE DE SANTANDER



... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE**
**FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N°** 21
204

**"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".**  
 Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

| DATOS PERSONALES        |             |          |            |
|-------------------------|-------------|----------|------------|
| Primer Apellido         | Escalante   |          |            |
| Segundo Apellido        | Perez       |          |            |
| Primer Nombre           | Franklin    |          |            |
| Segundo Nombre          | Sheider     |          |            |
| Doc. de Identidad       | 1094533422  | Edad     | 9 Años     |
| Dirección de residencia | C2 7A MZ 31 | Teléfono | 3138692795 |
| E-mail                  |             | Celular  | 3138692795 |

| DATOS FAMILIARES        |                           |         |            |
|-------------------------|---------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Franklin Escalante Ibarra |         |            |
| Ocupación               | construcción              | Celular | 3138692795 |
| Dirección de residencia | MZ 31 casa 7A             |         |            |
| Nombre de la Madre      | Liliana Perez Patiño      |         |            |
| Ocupación               | Amate casa                | Celular | 3138692795 |
| Dirección de residencia | MZ 31 casa 7A             |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                       |                                        |                                        |         |            |            |       |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|---------|------------|------------|-------|--|
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                   |                                        |                                        |         |            |            |       |  |
| Soben                                                                                                                                               | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/>            | Puntaje | B2         |            |       |  |
| Fracturas                                                                                                                                           | SI <input type="checkbox"/>            | NO <input type="checkbox"/>            | Cuándo  |            |            | Dónde |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                             | SI <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuáles  |            |            |       |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                   | SI <input type="checkbox"/>            | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuáles  |            |            |       |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                      | la mamá                                |                                        |         | Teléfono   | 3138692795 |       |  |
| A continuación como acudiente responsable del participante, firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo. |                                        |                                        |         |            |            |       |  |
| Yerli Liliana Perez Patiño                                                                                                                          |                                        |                                        |         | 1094533369 |            |       |  |
| Firma Y Cédula Acudiente                                                                                                                            |                                        |                                        |         |            |            |       |  |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
 NIT: 890.501.404-1

 CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL, - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
 contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
 www.gramalote-nortedesantander.gov.co

**ALCALDÍA DE**  
**GRAMALOTE**  
 NORTE DE SANTANDER





## CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Verli Tatiana Perez Patino mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1094553369 Expedida en Couzes, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Franklin Sheider Escobarte Perez participe del PROYECTO denominado - ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024", realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, proyecto apoyado por el ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención.

La utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, doy mi consentimiento y mi Hijo(a) da su asentimiento, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Nombre y firma Acudiente Tatiana Perez  
C.C. 1094553369  
Celular: 3138692795  
Email:

Nombre y firma de Participante Franklin Sheider Escobarte  
C.C. 1094533422  
Celular: 3138692795  
Email:

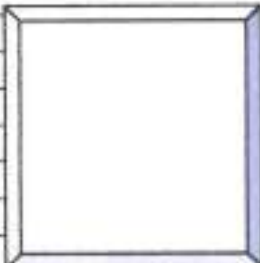
Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nº: 890.501.404-1



CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 22.

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

|                         |                          |      |                  |                                                                                     |            |
|-------------------------|--------------------------|------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| DATOS PERSONALES        |                          |      |                  |  |            |
| Primer Apellido         | Barbosa                  |      |                  |                                                                                     |            |
| Segundo Apellido        | Leal                     |      |                  |                                                                                     |            |
| Primer Nombre           | Shaira                   |      |                  |                                                                                     |            |
| Segundo Nombre          | Tatiana                  |      |                  |                                                                                     |            |
| Doc. de Identidad       | TI No. 1.091.985.401     | Edad | 12               |                                                                                     |            |
| Dirección de residencia | Mz 45 Casa 7 Santa Anita |      | Teléfono Celular |                                                                                     | 3105773366 |
| E-mail                  | marcelalealc@hotmail.com |      |                  |                                                                                     |            |

|                         |                              |         |            |
|-------------------------|------------------------------|---------|------------|
| DATOS FAMILIARES        |                              |         |            |
| Nombre del Padre        |                              |         |            |
| Ocupación               |                              | Celular |            |
| Dirección de residencia |                              |         |            |
| Nombre de la Madre      | Sandra Marcela leal Caicedo  |         |            |
| Ocupación               |                              | Celular | 3105773366 |
| Dirección de residencia | Mz 45 Casa 7 Br. Santa Anita |         |            |

|                                                                                                                                                    |                                                                    |                     |          |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------|----------|------------|
| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |                                                                    |                     |          |            |
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                  |                                                                    | Sanitas Subordinado |          |            |
| Siaben                                                                                                                                             | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Puntaje             | 44       |            |
| Fracturas                                                                                                                                          | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuando              |          |            |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuales              |          |            |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuales              |          |            |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     | Sandra leal                                                        |                     | Teléfono | 3105773366 |
| A continuación como asistente responsable del participante firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo. |                                                                    |                     |          |            |
| Sandra M. leal Caicedo C.C No. 37440850                                                                                                            |                                                                    |                     |          |            |
| Firma Y Cedula Asistente                                                                                                                           |                                                                    |                     |          |            |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co







CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Sandra Marcela Leal Caicedo mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 33440550 Expedida en Cúcuta, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Shaira Tatiana Barbosa Leal participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024** realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, proyecto apoyado por el **ministerio de cultura - Programa Nacional de concertación cultural**, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ **Imagen** ☒ **Frases** ☒ **Declaraciones** ☒ **Testimonios** ☒ **Retrato fotográfico** ☒ **Locaciones** ☒ **Pinturas** ☒ **creaciones** ☒ **Fotografías** ☒ **Videos** ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Sandra M. Leal Caicedo  
Nombre y firma Acudiente  
C.C. 33440550  
Celular: 3105333366  
Email: marcelalealca@hot

Nombre y firma de Participante Shaira Tatiana Barbosa Leal  
C.C. 1.091.985.401  
Celular: 3105333366  
Email:

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co







# CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 23

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES        |                            |      |            |
|-------------------------|----------------------------|------|------------|
| Primer Apellido         | Hernández                  |      |            |
| Segundo Apellido        | Gómez                      |      |            |
| Primer Nombre           | Shaira                     |      |            |
| Segundo Nombre          | Yuliana                    |      |            |
| Doc. de Identidad       | 1094057964                 | Edad | 12         |
| Dirección de residencia |                            |      | Teléfono   |
| E-mail                  |                            |      | Celular    |
| Institución Educativa   | Instituto Técnico Agrícola |      | Grado      |
|                         |                            |      | 3204198633 |
|                         |                            |      | 7º         |

| DATOS FAMILIARES        |                            |         |            |
|-------------------------|----------------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Nemesio Hernández Corvedor |         |            |
| Ocupación               | Agricultor                 | Celular | 3138126628 |
| Dirección de residencia |                            |         |            |
| Nombre de la Madre      | Gladys Gómez Vargas        |         |            |
| Ocupación               | Ama de Casa                | Celular | 3138126628 |
| Dirección de residencia |                            |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |              |                                        |          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------|----------|
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                  | Nueva E.P.S. |                                        |          |
| Sísten                                                                                                                                             | SI           | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Puntaje  |
| Fracturas                                                                                                                                          | SI           | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuando   |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            | SI           | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuáles   |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  | SI           | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuáles   |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     | Gladys Gómez |                                        | Teléfono |
| 3138126628                                                                                                                                         |              |                                        |          |
| A continuación como acudiente responsable del participante firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo. |              |                                        |          |
| Gladys Gómez Vargas                                                                                                                                |              |                                        |          |
| Firma Y Cedula Acudiente                                                                                                                           |              |                                        |          |

Alcaldía Municipal de Gramalote  
N°: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



... ..  
 ... ..  
 ... ..

... ..  
 ... ..  
 ... ..

... ..  
 ... ..  
 ... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..



... ..

... ..

## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Glady's Gomez Vargas mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ Expedida en \_\_\_\_\_, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) \_\_\_\_\_ participe del PROYECTO denominado – **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE –FASE II -VIGENCIA 2024**”, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ **Imagen** ☒ **Frases** ☒ **Declaraciones** ☒ **Testimonios** ☒ **Retrato fotográfico** ☒ **Locaciones** ☒ **Pinturas** ☒ **creaciones** ☒ **Fotografías** ☒ **Videos** ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo **autorizo** a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención.

Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Glady's Gomez Vargas  
Nombre y firma Acudiente

C.C.

Celular: 313 812 6623

Email:

Jhaira Yuliana Hernandez G.  
Nombre y firma de Participante

C.C. 1094057964

Celular: 320 419 8633

Email:

Alcaldía Municipal de Gramalote

Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote.nortesantander.gov.co  
www.gramalote.nortesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
**GRAMALOTE**  
2024-2027





THE UNIVERSITY OF THE SOUTH PACIFIC

Handwritten notes and diagrams, including a large scribble and some legible text fragments.

## FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 24

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -VIGENCIA 2023".  
Proceso Formativo Apoyado por el Ministerio de Cultura - Programa Nacional de Concertación Cultural"

|                         |                          |          |            |
|-------------------------|--------------------------|----------|------------|
| DATOS PERSONALES        |                          |          |            |
| Primer Apellido         | Valcarcel                |          |            |
| Segundo Apellido        | Becerra                  |          |            |
| Primer Nombre           | Maylen                   |          |            |
| Segundo Nombre          | Gabriela                 |          |            |
| Doc. de identidad       | 1097362402               | Edad     | 13 años    |
| Dirección de residencia | M2 58 CS 9 b             | Teléfono | 3118458925 |
| E-mail                  | Yatiibp_1988@hotmail.com | Celular  |            |

|                         |                    |         |            |
|-------------------------|--------------------|---------|------------|
| DATOS FAMILIARES        |                    |         |            |
| Nombre del Padre        | Leonardo Valcarcel |         |            |
| Ocupación               | conductor          | Celular | 3223867822 |
| Dirección de residencia | M2 58 CS 9 b       |         |            |
| Nombre de la Madre      | Yaritza Becerra    |         |            |
| Ocupación               | Ayuda técnica      | Celular | 3118458925 |
| Dirección de residencia | M2 58 CS 9 b       |         |            |

|                                                                                                                                                    |                                        |                                        |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|------------|
| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |                                        |                                        |            |
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                  |                                        |                                        |            |
| Compañerita                                                                                                                                        |                                        |                                        |            |
| Saben                                                                                                                                              | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO                                     | Puntaje    |
|                                                                                                                                                    |                                        |                                        | B          |
| Fracturas                                                                                                                                          | SI                                     | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuando     |
|                                                                                                                                                    |                                        |                                        | Donde      |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            | SI                                     | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuáles     |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  | SI                                     | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuáles     |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     | Jura Penasorda                         |                                        | Teléfono   |
|                                                                                                                                                    |                                        |                                        | 3202942655 |
| A continuación como acudiente responsable del participante firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo. |                                        |                                        |            |
| Yaritza Becerra                                                                                                                                    |                                        |                                        |            |
| Firma Y Cedula Acudiente 1072054816                                                                                                                |                                        |                                        |            |

|         |        |
|---------|--------|
| Página: | 1 de 1 |
|---------|--------|



1. The first part of the paper is a general introduction to the topic of the study. It discusses the importance of the research and the objectives of the study. The introduction also provides a brief overview of the literature on the topic and the methods used in the study.

2. The second part of the paper is a detailed description of the methods used in the study. This section includes information about the study design, the participants, the data collection methods, and the data analysis methods.

3. The third part of the paper is a discussion of the results of the study. This section includes a summary of the findings and a discussion of the implications of the findings.

4. The fourth part of the paper is a conclusion. This section summarizes the main findings of the study and provides a final statement on the importance of the research.

5. The fifth part of the paper is a list of references. This section includes a list of all the sources cited in the paper.

6. The sixth part of the paper is a list of appendices. This section includes a list of all the supplementary materials included in the paper.

7. The seventh part of the paper is a list of figures. This section includes a list of all the figures included in the paper.







AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Gantzer Becerra mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 109284816 Expedida en Gramalote en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Gabriela Valcarlos participe del PROYECTO denominado – **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -VIGENCIA 2023**”, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, proyecto apoyado por el **ministerio de cultura – Programa Nacional de concertación cultural**, autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Vídeos ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención.

Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Nombre y firma Acudiente

C.C. 109284816

Celular: 3114589925

Email: gambp-1989@hotmail.com

Gabriela Valcarlos

Nombre y firma de Participante

C.C.

Celular: 3134432227

Email:



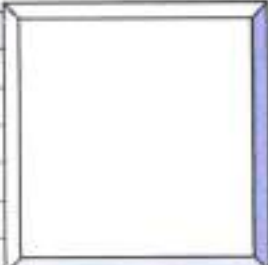


CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 25

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES                                                                                                                                   |                               |    |         |                                                                                     |             |            |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----|---------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------|--|
| Primer Apellido                                                                                                                                    | castellanos                   |    |         |  |             |            |  |
| Segundo Apellido                                                                                                                                   | Dimitrio                      |    |         |                                                                                     |             |            |  |
| Primer Nombre                                                                                                                                      | Maria                         |    |         |                                                                                     |             |            |  |
| Segundo Nombre                                                                                                                                     | Guadalupe                     |    |         |                                                                                     |             |            |  |
| Doc. de Identidad                                                                                                                                  |                               |    |         |                                                                                     | Edad        | 9          |  |
| Dirección de residencia                                                                                                                            |                               |    |         |                                                                                     | Teléfono    |            |  |
| E-mail                                                                                                                                             |                               |    |         |                                                                                     | Celular     | 3125973963 |  |
| Institución Educativa                                                                                                                              | Sagrado Corazon De Jesus      |    |         |                                                                                     | Grado       | 4º         |  |
| DATOS FAMILIARES                                                                                                                                   |                               |    |         |                                                                                     |             |            |  |
| Nombre del Padre                                                                                                                                   | Luis Ivan Castellano Monrique |    |         |                                                                                     |             |            |  |
| Ocupación                                                                                                                                          | Maestro de Construcción       |    |         | Celular                                                                             | 3 218744007 |            |  |
| Dirección de residencia                                                                                                                            |                               |    |         |                                                                                     |             |            |  |
| Nombre de la Madre                                                                                                                                 | Maria Elena Dimitrio Soler    |    |         |                                                                                     |             |            |  |
| Ocupación                                                                                                                                          | Ama de casa                   |    |         | Celular                                                                             | 3125973963  |            |  |
| Dirección de residencia                                                                                                                            |                               |    |         |                                                                                     |             |            |  |
| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |                               |    |         |                                                                                     |             |            |  |
| Nombre del Seguro Médico ó E.P.S.                                                                                                                  |                               |    |         |                                                                                     |             |            |  |
| Siempre                                                                                                                                            | SI                            | NO | Puntaje |                                                                                     |             |            |  |
| Fracturas                                                                                                                                          | SI                            | NO | Cuándo  |                                                                                     |             | Dónde      |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            | SI                            | NO | Cuáles  |                                                                                     |             |            |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  | SI                            | NO | Cuáles  |                                                                                     |             |            |  |
| En caso de emergencia llamar a:                                                                                                                    |                               |    |         | Teléfono                                                                            | 3125973963  |            |  |
| A continuación como acudiente responsable del participante firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo. |                               |    |         |                                                                                     |             |            |  |
| Maria Elena Dimitrio Soler                                                                                                                         |                               |    |         |                                                                                     |             |            |  |
| Maria Elena Dimitrio Soler                                                                                                                         |                               |    |         |                                                                                     |             |            |  |
| Firma Y Cedula Acudiente                                                                                                                           |                               |    |         |                                                                                     |             |            |  |

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



30 AUGUST 1964  
CENTRAL OCEAN  
1505-1506

**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.**

**AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, \_\_\_\_\_ mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ Expedida en \_\_\_\_\_, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) \_\_\_\_\_ participe del PROYECTO denominado – **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE –FASE II -VIGENCIA 2024**”, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre X Imagen X Frases X Declaraciones X Testimonios X Retrato fotográfico X Locaciones X Pinturas X reacciones X Fotografías X Videos X. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

  
Nombre y firma Acudiente  
C.C.  
Celular: 3125973963  
Email:

  
Nombre y firma de Participante  
C.C.  
Celular:  
Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

*CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano*  
*contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co*  
*www.gramalote-nortedesantander.gov.co*



**ALCALDIA DE**  
**GRAMALOTE**  
**2024-2027**



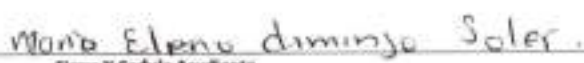


**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE**
**FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N°** 26
**"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".**

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES        |                          |          |             |
|-------------------------|--------------------------|----------|-------------|
| Primer Apellido         | Castaños                 |          |             |
| Segundo Apellido        | Domingo                  |          |             |
| Primer Nombre           | Ivana                    |          |             |
| Segundo Nombre          |                          |          |             |
| Doc. de Identidad       | 1091363485               | Edad     | 13          |
| Dirección de residencia | Mz B casa 18ª            | Teléfono | 310 2694243 |
| E-mail                  |                          | Celular  | 312 5973963 |
| Institución Educativa   | Sagrado Corazón de Jesús | Grado    | 8ª          |

| DATOS FAMILIARES        |                             |         |             |
|-------------------------|-----------------------------|---------|-------------|
| Nombre del Padre        | Luis Juan Castaños Manrique |         |             |
| Ocupación               | Maestro costurero           | Celular | 3218744007  |
| Dirección de residencia | Mz B casa 18ª               |         |             |
| Nombre de la Madre      | María Elena Domingo Soler   |         |             |
| Ocupación               | Ama de casa                 | Celular | 312 5973963 |
| Dirección de residencia | Mz B casa 18ª               |         |             |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |                           |    |         |  |       |          |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----|---------|--|-------|----------|-------------|
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                  |                           |    |         |  |       |          |             |
| Sisben                                                                                                                                             | SI                        | NO | Puntaje |  |       |          |             |
| Fracturas                                                                                                                                          | SI                        | NO | Cuándo  |  | Donde |          |             |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            | SI                        | NO | Cuáles  |  |       |          |             |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  | SI                        | NO | Cuáles  |  |       |          |             |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     | María Elena Domingo Soler |    |         |  |       | Teléfono | 312 5973963 |
| A continuación como acudiente responsable del participante firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo. |                           |    |         |  |       |          |             |
| <br>María Elena Domingo Soler.<br>Firma Y Cédula Acudiente     |                           |    |         |  |       |          |             |

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

 CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 6 – Nuevo Casco Urbano  
 contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
 www.gramalote-nortedesantander.gov.co

**ALCALDÍA DE**  
**GRAMALOTE**  
**2024-2027**

Handwritten text, possibly a signature or date.

Handwritten text, possibly a date or reference number.

Handwritten text, possibly a signature or date.

Handwritten text, possibly a signature or date.

Handwritten text, possibly a signature or date.



#### AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

CC

Cellular:

Email:

Fuana Castellanos Domingo

Nombre y firma de Participante

C.C. 1091363 485

Celular: 310 26 24843

Email: [TuancaCastellanosDomingo@gmail.com](mailto:TuancaCastellanosDomingo@gmail.com)

Alcaldía Municipal de Gramalote

Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano

contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co

[www.gramakite-nortedosantander.gov.co](http://www.gramakite-nortedosantander.gov.co)



**ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
2024-2027**





# CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 27

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES        |              |         |            |
|-------------------------|--------------|---------|------------|
| Primer Apellido         | CACERES      |         |            |
| Segundo Apellido        | VALERO       |         |            |
| Primer Nombre           | JESSICA      |         |            |
| Segundo Nombre          | PAOLA        |         |            |
| Doc. de Identidad       | 1090497739   | Edad    | 28         |
| Dirección de residencia | M2 51 CASA 7 |         | Teléfono   |
| E-mail                  |              | Celular | 3132312564 |
| Institución Educativa   |              | Grado   |            |

| DATOS FAMILIARES        |               |         |            |
|-------------------------|---------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        |               |         |            |
| Ocupación               |               | Celular |            |
| Dirección de residencia |               |         |            |
| Nombre de la Madre      | MIREYA VALERO |         |            |
| Ocupación               | AMA DE CASA   | Celular | 3223854177 |
| Dirección de residencia | M2 58 CASA 8A |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                       |                                           |          |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------|-------|
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                   |                                           |          |       |
| Símbolo                                                                                                                                             | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | Puntaje  |       |
| Fracturas                                                                                                                                           | SI <input type="checkbox"/> NO            | Cuándo   | Dónde |
| Problemas respiratorios                                                                                                                             | SI <input type="checkbox"/> NO            | Cuáles   |       |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                   | SI <input type="checkbox"/> NO            | Cuáles   |       |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                      |                                           | Teléfono |       |
| A continuación como estudiante responsable del participante firmo mi consentimiento y mi compromiso a cumplir con las clases del proceso formativo. |                                           |          |       |
|  PAdA CACERES 1090497739<br>Firma Y Cedula Acudiente             |                                           |          |       |

Alcaldía Municipal de Gramalote  
NIt: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contactacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co







## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, PAOLA CACERES mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1090497739 Expedida en GRAMALOTE, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) participe del PROYECTO denominado – **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE –FASE II -VIGENCIA 2024**”, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Nombre y firma Acudiente PAOLA CACERES  
C.C. 1090497739  
Celular: 3132312564  
Email:

Nombre y firma de Participante PAOLA CACERES  
C.C. 1090497739  
Celular: 3132312564  
Email:

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nif: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote.nortedesantander.gov.co  
www.gramalote.nortedesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
2024-2027

STAINMA46

2022-03-10  
2022-03-10

2022-03-10  
2022-03-10

2022-03-10  
2022-03-10



# CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

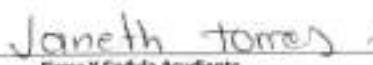
FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 28.

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES        |            |       |          |
|-------------------------|------------|-------|----------|
| Primer Apellido         | Covarrubia |       |          |
| Segundo Apellido        | Forres     |       |          |
| Primer Nombre           | Josuee     |       |          |
| Segundo Nombre          | Alexander  |       |          |
| Doc. de identidad       | 7942110    | Edad  | 8        |
| Dirección de residencia |            |       | Teléfono |
| E-mail                  |            |       | Celular  |
| Institución Educativa   | Boyaca     | Grado | 3er      |

| DATOS FAMILIARES        |                  |         |            |
|-------------------------|------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Josue Covarrubia |         |            |
| Ocupación               | Comerciante      | Celular | 3144889935 |
| Dirección de residencia | Boyaca           |         |            |
| Nombre de la Madre      | Janeth Torres    |         |            |
| Ocupación               | Ama de casa      | Celular | 3144889935 |
| Dirección de residencia | Boyaca           |         |            |

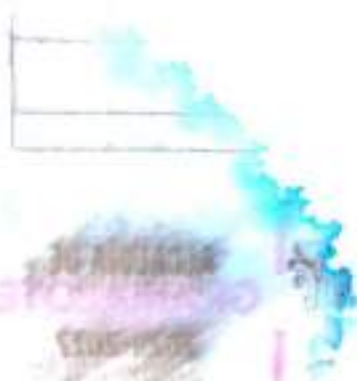
| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                               |    |    |         |  |  |          |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------|--|--|----------|------------|
| Nombre del Seguro Médico o EPS.                                                                                                                             |    |    |         |  |  |          |            |
| Saben                                                                                                                                                       | SI | NO | Puntaje |  |  |          |            |
| Fracturas                                                                                                                                                   | SI | NO | Cuándo  |  |  | Dónde    |            |
| Problemas respiratorios                                                                                                                                     | SI | NO | Cuáles  |  |  |          |            |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                           | SI | NO | Cuáles  |  |  |          |            |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                              |    |    |         |  |  | Teléfono | 3144889935 |
| A continuación como acudiente responsable del participante firma mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo.          |    |    |         |  |  |          |            |
| <div style="text-align: center;"> <br/> Firma Y Cedula Acudiente </div> |    |    |         |  |  |          |            |

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
2024-2027





## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Janeth Torres mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 22.989.154 Expedida en \_\_\_\_\_ en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Jhosuee Alexandra Covarrubias Torres participe del PROYECTO denominado – **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE –FASE II -VIGENCIA 2024**”, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ **Imagen** ☒ **Frases** ☒ **Declaraciones** ☒ **Testimonios** ☒ **Retrato fotográfico** ☒ **Locaciones** ☒ **Pinturas** ☒ **creaciones** ☒ **Fotografías** ☒ **Videos** ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención.

Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Janeth Torres

Nombre y firma Acudiente

C.C. 22.989.154

Celular: 3144889935

Email:

Jhosuee Covarrubias

Nombre y firma de Participante

C.C.

Celular: 3144889935

Email:

Alcaldía Municipal de Gramalote

Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano

contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co

www.gramalote-nortedesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
2024-2027



CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. N° 29

"ESCUELA DE FORMACIÓN ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES        |            |         |             |
|-------------------------|------------|---------|-------------|
| Primer Apellido         | Covarrubia |         |             |
| Segundo Apellido        | Torres     |         |             |
| Primer Nombre           | Thoneiber  |         |             |
| Segundo Nombre          | Gabriel    |         |             |
| Doc. de Identidad       |            | Edad    | 4           |
| Dirección de residencia | Boyaca     |         | Teléfono    |
| E-mail                  |            | Celular | 3144889935  |
| Institución Educativa   | Boyaca     | Grado   | Inscripción |

| DATOS FAMILIARES        |                  |         |            |
|-------------------------|------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Josue Covarrubia |         |            |
| Ocupación               | Comerciante      | Celular | 3144889935 |
| Dirección de residencia | Boyaca           |         |            |
| Nombre de la Madre      | Janeth Torres    |         |            |
| Ocupación               | ama de casa      | Celular | 3144889935 |
| Dirección de residencia | Boyaca           |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |    |    |            |       |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|------------|-------|--|
| Nombre del Seguro Médico o EPS                                                                                                                     |    |    |            |       |  |
| Siempre                                                                                                                                            | SI | NO | Puntaje    |       |  |
| Fracturas                                                                                                                                          | SI | NO | Cuando     | Dónde |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            | SI | NO | Cuáles     |       |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  | SI | NO | Cuáles     |       |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     |    |    | Teléfono   |       |  |
|                                                                                                                                                    |    |    | 3144889935 |       |  |
| A continuación como acudiente responsable del participante firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las claves del proceso formativo. |    |    |            |       |  |
| Firma Y Cedula Acudiente                                                                                                                           |    |    |            |       |  |

Alcaldía Municipal de Gramalote  
NIT: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
2024-2027



THE UNIVERSITY OF CHICAGO

DEPARTMENT OF CHEMISTRY

PHYSICAL CHEMISTRY

PROFESSOR J. K. STILLE

1950

Page 1

1950

1950

1950

1950

1950

1950



THE UNIVERSITY OF CHICAGO

DEPARTMENT OF CHEMISTRY



## AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Janeth Torres mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 22.989.154 Expedida en \_\_\_\_\_, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Jhoneiber Gabriel Covarrubia T participe del PROYECTO denominado - **ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024**”, realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒. En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención.

Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por **ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE**, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, **doy mi consentimiento** y mi Hijo(a) **da su asentimiento**, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Janeth  
Nombre y firma Acudiente  
C.C. 22.989.154  
Celular: 3144889939  
Email:

Jhoneiber G. Covarrubia T  
Nombre y firma de Participante  
C.C.  
Celular:  
Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote.nortedesantander.gov.co  
www.gramalote.nortedesantander.gov.co



**ALCALDIA DE  
GRAMALOTE**  
**2024-2027**



Page 1 of 1

# Mathematics

Page 1

The first part of the document discusses the importance of mathematics in the modern world. It highlights how mathematics is used in various fields such as science, technology, and business. The text emphasizes that a strong foundation in mathematics is essential for solving complex problems and making informed decisions. It also mentions that mathematics helps in developing logical thinking and critical reasoning skills. The second part of the document provides a brief overview of the topics covered in the course, including algebra, geometry, and trigonometry. It states that the course is designed to provide students with a comprehensive understanding of these subjects and their applications. The third part of the document discusses the teaching methods used in the course, which include lectures, problem-solving sessions, and group projects. It mentions that the course aims to engage students and encourage them to explore mathematical concepts in depth. The fourth part of the document discusses the assessment methods used in the course, which include exams, assignments, and projects. It states that the course aims to evaluate students' understanding of the material and their ability to apply it in practical situations. The fifth part of the document discusses the resources available to students, including textbooks, online materials, and support services. It mentions that the course aims to provide students with all the necessary resources to succeed in their studies. The sixth part of the document discusses the career opportunities available to students who complete the course. It mentions that graduates can pursue careers in various fields such as engineering, finance, and research. The seventh part of the document discusses the contact information for the course coordinator and the department. It provides the phone number and email address for the coordinator and the department's website. The eighth part of the document discusses the course schedule and the dates of the exams. It provides a detailed timeline of the course, including the dates of the lectures, assignments, and exams. The ninth part of the document discusses the course fees and the financial aid options available to students. It provides information about the tuition fees, textbooks, and other costs associated with the course. It also mentions the various financial aid programs available to students, including scholarships, grants, and loans. The tenth part of the document discusses the course evaluation and the feedback mechanism. It mentions that the course aims to gather feedback from students to improve the quality of the program. It provides information about the evaluation process and the ways in which students can provide feedback. The eleventh part of the document discusses the course's contribution to the university's mission and vision. It mentions that the course aims to provide students with a high-quality education and to contribute to the university's reputation as a leading institution in the field of mathematics. The twelfth part of the document discusses the course's impact on the community. It mentions that the course aims to provide students with the skills and knowledge necessary to contribute to the development of the community. It provides information about the various ways in which students can get involved in community service projects and other initiatives. The thirteenth part of the document discusses the course's future plans and goals. It mentions that the course aims to continue to improve the quality of the program and to provide students with the best possible education. It provides information about the various ways in which the course can be improved, including the addition of new topics and the use of new teaching methods. The fourteenth part of the document discusses the course's contact information and the ways in which students can get in touch with the course coordinator and the department. It provides the phone number and email address for the coordinator and the department's website. The fifteenth part of the document discusses the course's closing remarks and the ways in which students can express their appreciation for the course. It provides information about the various ways in which students can show their appreciation, including writing letters, giving gifts, and making donations. The sixteenth part of the document discusses the course's final remarks and the ways in which students can express their gratitude for the course. It provides information about the various ways in which students can show their gratitude, including writing letters, giving gifts, and making donations. The seventeenth part of the document discusses the course's final remarks and the ways in which students can express their appreciation for the course. It provides information about the various ways in which students can show their appreciation, including writing letters, giving gifts, and making donations. The eighteenth part of the document discusses the course's final remarks and the ways in which students can express their gratitude for the course. It provides information about the various ways in which students can show their gratitude, including writing letters, giving gifts, and making donations. The nineteenth part of the document discusses the course's final remarks and the ways in which students can express their appreciation for the course. It provides information about the various ways in which students can show their appreciation, including writing letters, giving gifts, and making donations. The twentieth part of the document discusses the course's final remarks and the ways in which students can express their gratitude for the course. It provides information about the various ways in which students can show their gratitude, including writing letters, giving gifts, and making donations.



## CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. Nº 30

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES        |                                    |      |            |
|-------------------------|------------------------------------|------|------------|
| Primer Apellido         | Rodriguez                          |      |            |
| Segundo Apellido        | Gómez                              |      |            |
| Primer Nombre           | Monica                             |      |            |
| Segundo Nombre          | Sulmona                            |      |            |
| Doc. de identidad       | 10                                 | Edad | 6 años     |
| Dirección de residencia |                                    |      | Teléfono   |
| E-mail                  |                                    |      | Celular    |
| Institución Educativa   | Instituto Sagrado Corazón de Jesús |      | Grado      |
|                         |                                    |      | 3129329997 |
|                         |                                    |      | transición |

| DATOS FAMILIARES |  |  |  |
|------------------|--|--|--|
|------------------|--|--|--|

|                         |                   |         |            |
|-------------------------|-------------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Nelson Rodriguez  |         |            |
| Ocupación               | Comerciante       | Celular | 3112125214 |
| Dirección de residencia | Manz 32 con 11 D. |         |            |
| Nombre de la Madre      | Monica Gomez      |         |            |
| Ocupación               | Amo de casa       | Celular | 3129329997 |
| Dirección de residencia | Manz 32 con 11 D. |         |            |

| DATOS MÉDICOS |  |  |  |
|---------------|--|--|--|
|---------------|--|--|--|

|                                                                                                                                                    |                                     |    |          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----|----------|
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                  | Medilima                            |    |          |
| Sísten                                                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | Puntaje  |
| Fracturas                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | Cuando   |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            | SI                                  | NO | Cuáles   |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  | SI                                  | NO | Cuáles   |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     |                                     |    | Teléfono |
| A continuación como acudiente responsable del participante firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo. |                                     |    |          |
| Monica Gomez                                                                                                                                       |                                     |    |          |
| Firma Y Cedula Acudiente                                                                                                                           |                                     |    |          |

Alcaldía Municipal de Gramalote  
NI: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co

ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
2024-2027



CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Monica Gomez Bobillo, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 109375412 Expedida en Gramalote, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Monica Juliana Bobillo participe en el PROYECTO denominado - ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024", realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE. Para que usen mi o su Nombre ☒ en ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ Reacciones ☒ Fotografías ☒ Vídeos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. La utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos. Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, doy mi consentimiento y mi Hijo(a) da su asentimiento, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Monica Gomez Bobillo  
Nombre y firma Acudiente  
C.C. 109375412  
Celular: 3117125201  
Email:

Nombre y firma de Participante  
C.C.  
Celular:  
Email:

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
2024-2027



**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE**
**FORMATO DE INSCRIPCIÓN. Nº** 31
**"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".**

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES        |                            |         |            |
|-------------------------|----------------------------|---------|------------|
| Primer Apellido         | Rodríguez                  |         |            |
| Segundo Apellido        | Gómez                      |         |            |
| Primer Nombre           | Monica                     |         |            |
| Segundo Nombre          | Inallano                   |         |            |
| Doc. de Identidad       | 1092156323                 | Edad    |            |
| Dirección de residencia | Man 32 casa 110            |         | Teléfono   |
| E-mail                  |                            | Celular | 3209529997 |
| Institución Educativa   | Instituto Superior de Jolá |         | Grado      |
|                         |                            |         | Tercera    |

| DATOS FAMILIARES        |                   |         |             |
|-------------------------|-------------------|---------|-------------|
| Nombre del Padre        | Pascual Rodríguez |         |             |
| Ocupación               | Comerciante       | Celular | 311 2125899 |
| Dirección de residencia | Man 32 casa 110   |         |             |
| Nombre de la Madre      | Monica Gómez      |         |             |
| Ocupación               | Amo de casa       | Celular | 3209529997  |
| Dirección de residencia | Man 32 casa 110   |         |             |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                                     |                                     |                                     |         |  |       |          |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------|--|-------|----------|--|
| Nombre del Seguro Médico ó E.P.S.                                                                                                                                 | Medilim                             |                                     |         |  |       |          |  |
| Sisben                                                                                                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> | NO                                  | Puntaje |  |       |          |  |
| Fracturas                                                                                                                                                         | SI                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | Cuándo  |  | Donde |          |  |
| Problemas respiratorios                                                                                                                                           | SI                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | Cuáles  |  |       |          |  |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                                 | SI                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | Cuáles  |  |       |          |  |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                                    |                                     |                                     |         |  |       | Teléfono |  |
| A continuación como estudiante responsable del participante firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las clases del proceso formativo.               |                                     |                                     |         |  |       |          |  |
| <div style="text-align: right;">                         Monica Gomez 1093754410<br/>                         Firma Y Cédula Acudiente                     </div> |                                     |                                     |         |  |       |          |  |

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
**Nit: 890.501.404-1**

 CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL – Manzana 0 – Nuevo Casco Urbano  
 contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
 www.gramalote-nortedesantander.gov.co

**ALCALDÍA DE**  
**GRAMALOTE**  
**2024-2027**



**CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.**

**AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, Monica Gomez Dabila mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 109295412 Expedida en Gramalote, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Monica Gabriela Ramirez participe en el PROYECTO denominado - ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024", realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ Grabaciones ☒ Fotografías ☒ Videos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, doy mi consentimiento y mi Hijo(a) da su asentimiento, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Monica Gomez D  
Nombre y firma Acudiente  
C.C. 109295412  
Celular: 3112122521  
Email:

Nombre y firma de Participante  
C.C.  
Celular:  
Email:

**Alcaldía Municipal de Gramalote**  
NIT: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote-nortedesantander.gov.co  
www.gramalote-nortedesantander.gov.co



**ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE**  
2024-2027





CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE

FORMATO DE INSCRIPCIÓN. Nº 32

"ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024".

Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural.

| DATOS PERSONALES        |                 |          |            |
|-------------------------|-----------------|----------|------------|
| Primer Apellido         | Lobo            |          |            |
| Segundo Apellido        | Rodriguez       |          |            |
| Primer Nombre           | Veronica        |          |            |
| Segundo Nombre          | Sofia           |          |            |
| Doc. de Identidad       | 1093604776      | Edad     |            |
| Dirección de residencia | Villanueva      | Teléfono | 3133759448 |
| E-mail                  |                 | Celular  |            |
| Institución Educativa   | Sede Villanueva | Grado    |            |

| DATOS FAMILIARES        |                |         |            |
|-------------------------|----------------|---------|------------|
| Nombre del Padre        | Huber Lobo     |         |            |
| Ocupación               | construccion   | Celular |            |
| Dirección de residencia | Cucuta         |         |            |
| Nombre de la Madre      | Alex Rodriguez |         |            |
| Ocupación               | Am de casa     | Celular | 3133759448 |
| Dirección de residencia | Villanueva     |         |            |

| DATOS MÉDICOS                                                                                                                                      |         |    |          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----|----------|
| Nombre del Seguro Médico o E.P.S.                                                                                                                  | Medimex |    |          |
| Símbolo                                                                                                                                            | SI      | NO | Puntaje  |
| Fracturas                                                                                                                                          | SI      | NO | Cuándo   |
| Problemas respiratorios                                                                                                                            | SI      | NO | Cuáles   |
| Toma Medicamentos                                                                                                                                  | SI      | NO | Cuáles   |
| En caso de emergencia llamar a                                                                                                                     |         |    | Teléfono |
| A continuación como acudiente responsable del participante firmo mi consentimiento y me comprometo a cumplir con las clases del periodo formativo. |         |    |          |
| <p style="text-align: right;">Monique Gomez Bolella 1093 7541410</p> <p style="text-align: center;">Firma y Cédula Académica</p>                   |         |    |          |

Alcaldía Municipal de Gramalote  
NIT: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote.nortedesantander.gov.co  
www.gramalote.nortedesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
2024-2027



CASA DE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA MUNICIPIO DE GRAMALOTE.

AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Alex Rodriguez Botello, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 6000000000000, Expedida en Gramalote, en uso de mis plenas facultades legales y mentales, por voluntad propia doy autorización para que mi hijo(a) Veronica Sofia Rodriguez participe del PROYECTO denominado - ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE -FASE II -VIGENCIA 2024", realizado de forma presencial con protocolos de bioseguridad por la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, Proyecto apoyado por el Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes a través del Programa Nacional de Concertación Cultural., autorizo para para que sus logros personales y colectivos sean conocidos por parte de terceros, sin afectar su integridad.

Autorizo irrevocablemente a la ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE. Para que usen mi o su Nombre ☒ Imagen ☒ Frases ☒ Declaraciones ☒ Testimonios ☒ Retrato fotográfico ☒ Locaciones ☒ Pinturas ☒ creaciones ☒ Fotografías ☒ Vídeos ☒ En efecto de sustentar el proyecto del cual es participe; así mismo autorizo a hacer uso, emitir, publicar, divulgar y promocionar sin fines de lucro los videos y las memorias del proyecto en mención. Tal utilización, podrá realizarse mediante la divulgación a través de su transmisión en directo y en diferido, y su reproducción, tanto en medios impresos como electrónicos, así como su comunicación, emisión y divulgación pública, a través de los medios existentes, o por inventarse, incluidos aquellos de acceso remoto, conocidos como Internet, para los fines de emisión del programa, y los fines promocionales e informativos que por ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE, estime convenientes, dentro y fuera del país.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proyecto y el propósito de su realización, el número de talleres, los contenidos, los horarios, el evento de muestras artísticas. También recibí información sobre el porqué de la captura de videos, fotos, entrevistas, etc. y la forma en que se utilizarán estos.

Así mismo, me han informado que podré solicitar que le sea entregada una constancia de participación o asistencia en el proyecto.

Dicho lo anterior, doy mi consentimiento y mi Hijo(a) da su asentimiento, constando que hemos leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmamos aceptando su contenido.

Atentamente,

Monica Gomez Botello  
Nombre y firma Acudiente  
C.C. 1092754140,  
Celular: 3209279997,  
Email:

Nombre y firma de Participante  
C.C.  
Celular:  
Email:

Alcaldía Municipal de Gramalote  
Nit: 890.501.404-1

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL - Manzana 0 - Nuevo Casco Urbano  
contratacion@gramalote.nortesantander.gov.co  
www.gramalote.nortesantander.gov.co



ALCALDÍA DE  
GRAMALOTE  
2024-2027

# DECLARACIÓN DE INTERÉS

Yo, **JOSE LUIS GARCIA GONZALEZ**, con DNI **123456789**, en calidad de **PROPIETARIO** de la finca **Finca 12345**, inscrita en el Registro de la Propiedad de **Madrid**, con número de inscripción **123456789**, declaro que:

1. La finca objeto de esta declaración es **Finca 12345**, inscrita en el Registro de la Propiedad de **Madrid**, con número de inscripción **123456789**.

2. La finca objeto de esta declaración es **Finca 12345**, inscrita en el Registro de la Propiedad de **Madrid**, con número de inscripción **123456789**.

3. La finca objeto de esta declaración es **Finca 12345**, inscrita en el Registro de la Propiedad de **Madrid**, con número de inscripción **123456789**.

4. La finca objeto de esta declaración es **Finca 12345**, inscrita en el Registro de la Propiedad de **Madrid**, con número de inscripción **123456789**.

5. La finca objeto de esta declaración es **Finca 12345**, inscrita en el Registro de la Propiedad de **Madrid**, con número de inscripción **123456789**.

6. La finca objeto de esta declaración es **Finca 12345**, inscrita en el Registro de la Propiedad de **Madrid**, con número de inscripción **123456789**.

7. La finca objeto de esta declaración es **Finca 12345**, inscrita en el Registro de la Propiedad de **Madrid**, con número de inscripción **123456789**.

8. La finca objeto de esta declaración es **Finca 12345**, inscrita en el Registro de la Propiedad de **Madrid**, con número de inscripción **123456789**.

9. La finca objeto de esta declaración es **Finca 12345**, inscrita en el Registro de la Propiedad de **Madrid**, con número de inscripción **123456789**.

10. La finca objeto de esta declaración es **Finca 12345**, inscrita en el Registro de la Propiedad de **Madrid**, con número de inscripción **123456789**.

En fe de lo cual, yo, **JOSE LUIS GARCIA GONZALEZ**, con DNI **123456789**, en calidad de **PROPIETARIO** de la finca **Finca 12345**, inscrita en el Registro de la Propiedad de **Madrid**, con número de inscripción **123456789**, declaro que:

**Finca 12345**  
C.C.  
Código  
Email

2024-2025  
MAYO DE







Culturas

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA PROCESOS DE FORMACIÓN  
EN EL MARCO DE LA CONVOCATORIA DEL PNCC  
(Programa Nacional de Concertación Cultural)

Página 1 de 1  
Código: F-GFE-021  
Versión: 0  
Fecha: 31/05/2024

NOMBRE DEL PROYECTO: ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO  
GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024

N° DE CONVENIO: 2653-2024

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN O ENTIDAD APOYADA: ALCALDIA DE GRAMALOTE

FECHA:

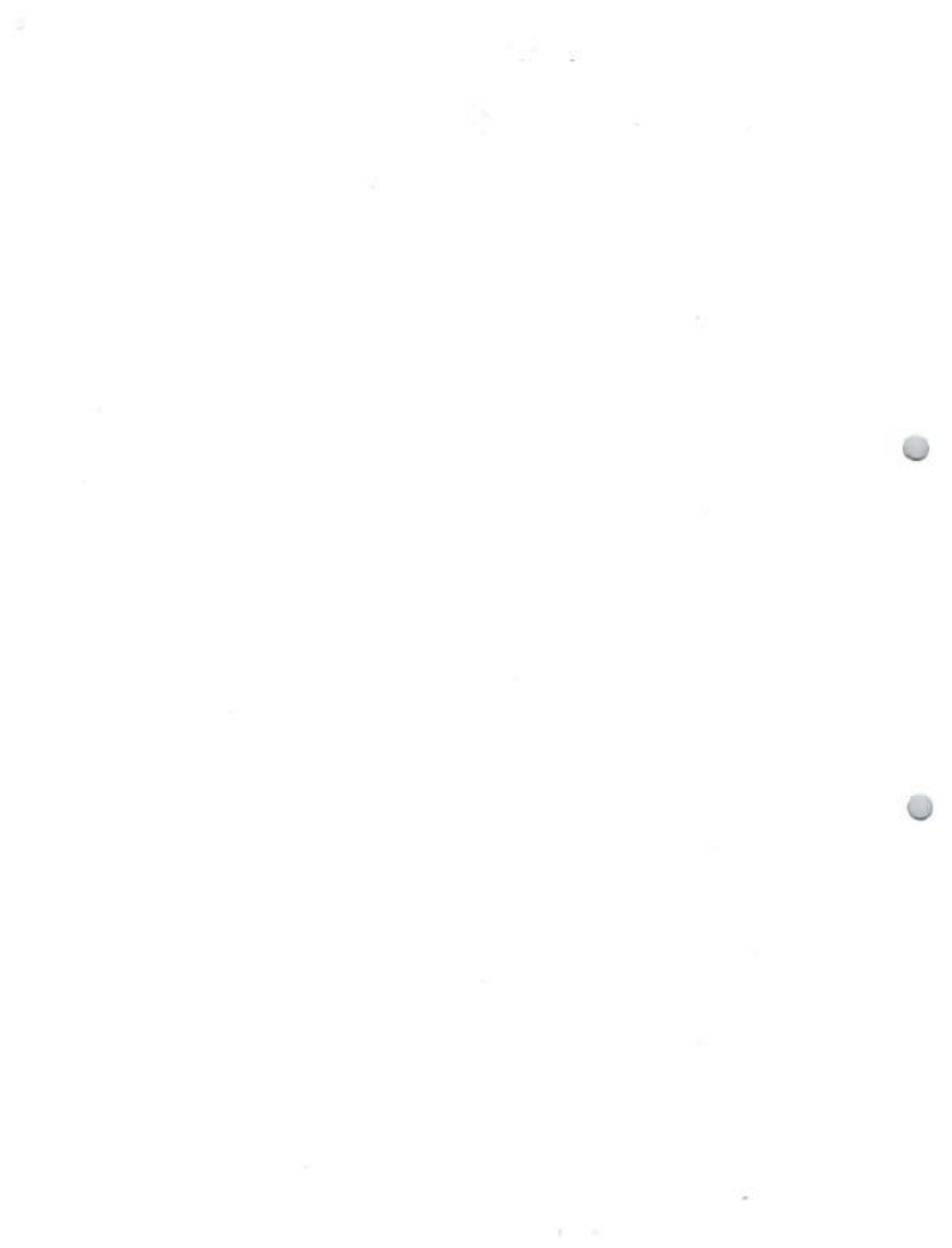
RESPONSABLE: OMAR ROLON ESCALANTE- EFAC ARTES PLASTICAS

LUGAR: CASADE CULTURA FRANCISCO  
MARQUEZ ACUÑA- EFAC DANZA

DEPARTAMENTO DE REALIZACIÓN: NORTE DE SANTANDER

MUNICIPIO: GRAMALOTE

| No. | NOMBRE Y APELLIDOS   | N° DOCUMENTO<br>DE IDENTIDAD | EDAD | GÉNERO<br>(hombre, mujer, no<br>binario, otro<br>especifique) | PERTENENCIA<br>ÉTNICA<br>(NARP, indígena,<br>Afro) | DISCAPACIDAD<br>(SI - NO) | CORREO<br>ELECTRÓNICO | FIRMA                |
|-----|----------------------|------------------------------|------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------|----------------------|
| 1   | Sofia Lebo Ben       |                              | 70   | mujer                                                         |                                                    | NO                        |                       | Sofia Lebo           |
| 2   | Nicol estevani       | 1094533430                   | 9    | MUJER                                                         |                                                    | NO                        |                       | Nicol estevani       |
| 3   | Thaliana rodriguez   |                              | 10   | mujer                                                         |                                                    | NO                        |                       | Thaliana rodriguez   |
| 4   | Dylan                | 1097992672                   | 10   | Hombre                                                        |                                                    | NO                        |                       | Dylan                |
| 5   | Ivan Jacob Rey       |                              | 7    | Hombre                                                        |                                                    | NO                        |                       | Ivan Jacob Rey       |
| 6   | Yvana Castano        | 109736485                    | 13   | Mujer                                                         |                                                    | NO                        |                       | Yvana Castano        |
| 7   | Maria beatrude       |                              | 9    | Mujer                                                         |                                                    | NO                        |                       | Maria beatrude       |
| 8   | Vanessa Jaramal      | 1092947143                   | 14   | Mujer                                                         |                                                    | NO                        |                       | Vanessa Jaramal      |
| 9   | Maria Victoria T.B   | 1094.168897                  | 11   | mujer                                                         |                                                    | NO                        |                       | Maria Victoria T.B   |
| 10  | Glady's Mireya Gomez | 1148745651                   | 25   | mujer                                                         |                                                    | NO                        |                       | Glady's Mireya Gomez |
| 11  | Tatiana Leal         | 1091.985.407                 | 12   | Mujer                                                         |                                                    | NO                        |                       | Tatiana Leal         |
| 12  |                      |                              |      |                                                               |                                                    |                           |                       |                      |
| 13  |                      |                              |      |                                                               |                                                    |                           |                       |                      |
| 14  |                      |                              |      |                                                               |                                                    |                           |                       |                      |
| 15  |                      |                              |      |                                                               |                                                    |                           |                       |                      |
| 16  |                      |                              |      |                                                               |                                                    |                           |                       |                      |



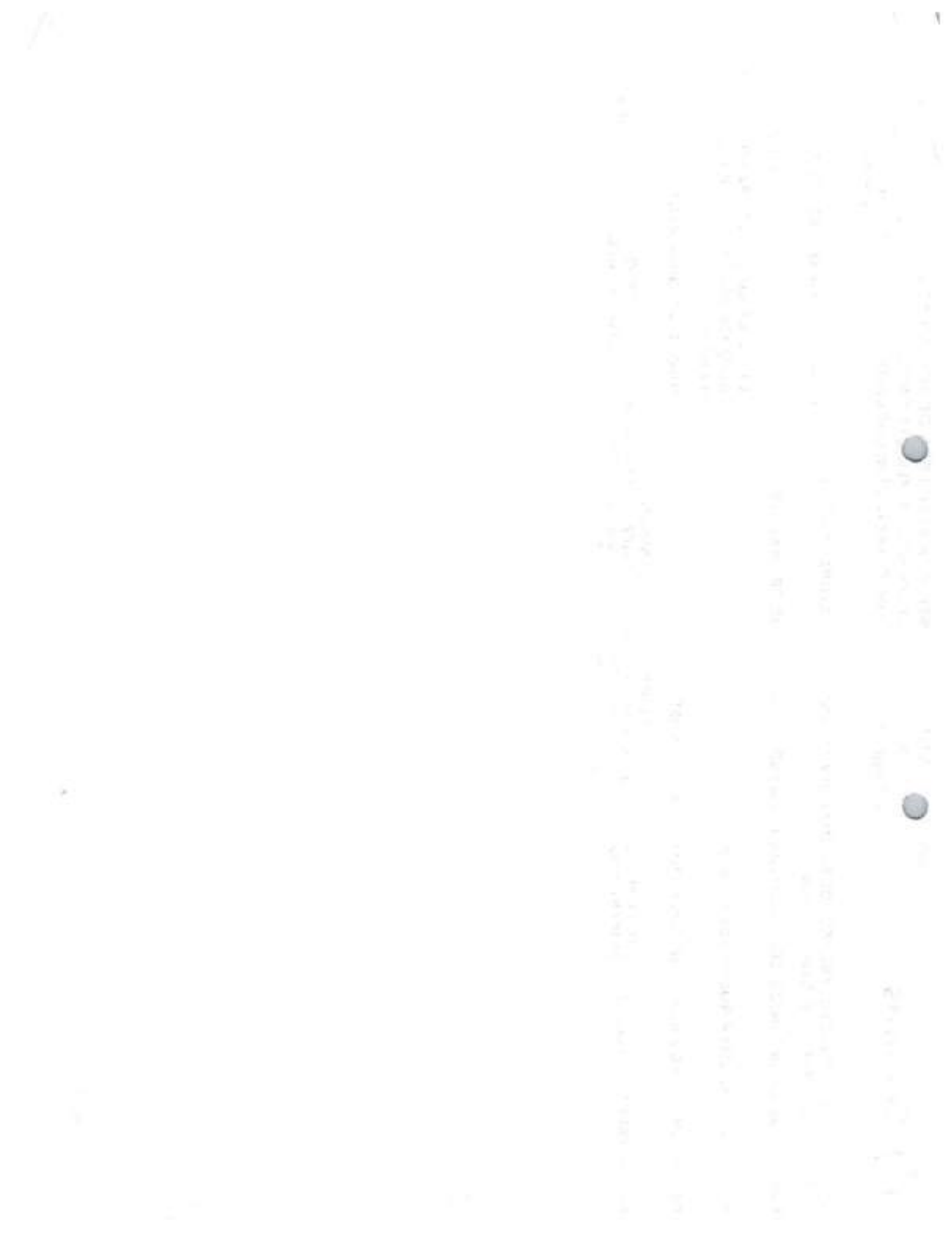


**Culturas**

**FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA PROCESOS DE FORMACIÓN  
EN EL MARCO DE LA CONVOCATORIA DEL PNCC  
(Programa Nacional de Concertación Cultural)**

Página 1 de 2  
Código: F-GFE-021  
Versión: 0  
Fecha: 31/05/2024

| NOMBRE DEL PROYECTO: ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024 |                    |                           |      |                                                         | N° DE CONVENIO: 2653-2024                                           |                           |                    |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------|------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------|------------------|
| NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN O ENTIDAD APOYADA: ALCALDIA DE GRAMALOTE                                     |                    |                           |      |                                                         | FECHA: / /2024                                                      |                           |                    |                  |
| RESPONSABLE: OMAR ROLON ESCALANTE                                                                      |                    |                           |      |                                                         | LUGAR: CASADE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA- EFAC ARTES PLASTICAS |                           |                    |                  |
| DEPARTAMENTO DE REALIZACIÓN: NORTE DE SANTANDER                                                        |                    |                           |      |                                                         | MUNICIPIO: GRAMALOTE                                                |                           |                    |                  |
| No.                                                                                                    | NOMBRE Y APELLIDOS | N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD | EDAD | GÉNERO<br>(hombre, mujer, no binario, otro especifique) | PERTENENCIA ÉTNICA<br>(NARP, Indígena, Rom)                         | DISCAPACIDAD<br>(SI - NO) | CORREO ELECTRÓNICO | FIRMA            |
| 1                                                                                                      | Wagner             | 27712988                  | 83   |                                                         |                                                                     |                           |                    | Wagner           |
| 2                                                                                                      | Marina Gutierrez   | 27719073                  | 69   |                                                         |                                                                     |                           |                    | Marina Gutierrez |
| 3                                                                                                      | Abraham            | 27719380                  | 80   |                                                         |                                                                     |                           |                    | Abraham          |
| 4                                                                                                      | Samuel             | 27718524                  | 79   |                                                         |                                                                     |                           |                    | Samuel           |
| 5                                                                                                      | Antonia            | 277196302                 | 92   |                                                         |                                                                     |                           |                    | Antonia          |
| 6                                                                                                      | Olivia Villano     | 27719732                  | 61   |                                                         |                                                                     |                           |                    | Olivia Villano   |
| 7                                                                                                      | Teresa             | 27718946                  | 74   |                                                         |                                                                     |                           |                    | Teresa           |
| 8                                                                                                      | Bonito             | 27718474                  | 75   |                                                         |                                                                     |                           |                    | Bonito           |
| 9                                                                                                      | Alicia             | 27719078                  | 69   |                                                         |                                                                     |                           |                    | Alicia           |
| 10                                                                                                     | Elida              | 27788963                  | 62   |                                                         |                                                                     |                           |                    | Elida            |
| 11                                                                                                     | Alex               | 27718552                  | 75   |                                                         |                                                                     |                           |                    | Alex             |
| 12                                                                                                     | Blanca             | 27719519                  | 60   |                                                         |                                                                     |                           |                    | Blanca           |
| 13                                                                                                     | Delio              | 27718356                  |      |                                                         |                                                                     |                           |                    | Delio            |
| 14                                                                                                     |                    |                           |      |                                                         |                                                                     |                           |                    |                  |
| 15                                                                                                     | Yamir              | 27719634                  | 76   |                                                         |                                                                     |                           |                    | Yamir            |







**FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA PROCESOS DE FORMACIÓN**  
**EL MARCO DE LA CONVOCATORIA DEL PNCC**  
(Programa Nacional de Concertación Cultural)

Página 1 de 2  
Código: F-GFE-021  
Versión: 0  
Fecha: 31/05/2024

| <b>NOMBRE DEL PROYECTO: ESCUELA DE FORMACION ARTISTICA Y CULTURAL NUEVO GRAMALOTE- FASE II -VIGENCIA 2024</b> |                       |                           |      | <b>N° DE CONVENIO: 2653-2024</b>                                           |                                          |                        |                            |                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------|----------------------------|-----------------|
| <b>NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN O ENTIDAD APOYADA: ALCALDIA DE GRAMALOTE</b>                                     |                       |                           |      | <b>FECHA: / /2024</b>                                                      |                                          |                        |                            |                 |
| <b>RESPONSABLE: OMAR ROLON ESCALANTE</b>                                                                      |                       |                           |      | <b>LUGAR: CASADE CULTURA FRANCISCO MARQUEZ ACUÑA- EFAC ARTES PLASTICAS</b> |                                          |                        |                            |                 |
| <b>DEPARTAMENTO DE REALIZACIÓN: NORTE DE SANTANDER</b>                                                        |                       |                           |      | <b>MUNICIPIO: GRAMALOTE</b>                                                |                                          |                        |                            |                 |
| No.                                                                                                           | NOMBRE Y APELLIDOS    | N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD | EDAD | GÉNERO (hombre, mujer, no binario, otro especifique)                       | PERTENENCIA ÉTNICA (NAPP, Indígena, Rom) | DISCAPACIDAD (SI - NO) | CORREO ELECTRÓNICO         | FIRMA           |
| 1                                                                                                             | Carla J Castro S      | 1093599893                | 14   | mujer                                                                      | N.A                                      | NO                     | cc9465793@gmail            | Carla Castro    |
| 2                                                                                                             | Brenda Ramirez        | 1092946346                | 14   | mujer                                                                      | N.A                                      | NO                     | Ev9943615@gmail.com        | Brenda          |
| 3                                                                                                             | Lisseth D Sandoval    | 1092947143                | 14   | mujer                                                                      | N.A                                      | NO                     | 3116740001@elcarmelito.com | Diana Jara      |
| 4                                                                                                             | Mario José Prieto     | 1092533387                | 14   | mujer                                                                      | N.A                                      | NO                     | Sandramaria15@gmail        | Nancy J. Prieto |
| 5                                                                                                             | Gladys Mireya Gomez B | 1148415651                | 25   | mujer                                                                      | N.A                                      | NO                     | gladysbailon@gmail.com     | Gladys Gomez    |
| 6                                                                                                             | Santiago Bosh         |                           | 11   | hombre                                                                     | N.A                                      | NO                     |                            | Santiago        |
| 7                                                                                                             | Sofia Lobo Rodarte    |                           | 10   | mujer                                                                      | N.A                                      | NO                     |                            | Sofia Lobo      |
| 8                                                                                                             | Alvaro Mena           | 1092156234                | 10   | H                                                                          | NO                                       | NO                     |                            | Alvaro          |
| 9                                                                                                             |                       |                           |      |                                                                            |                                          |                        |                            |                 |
| 10                                                                                                            |                       |                           |      |                                                                            |                                          |                        |                            |                 |
| 11                                                                                                            |                       |                           |      |                                                                            |                                          |                        |                            |                 |
| 12                                                                                                            |                       |                           |      |                                                                            |                                          |                        |                            |                 |
| 13                                                                                                            |                       |                           |      |                                                                            |                                          |                        |                            |                 |
| 14                                                                                                            |                       |                           |      |                                                                            |                                          |                        |                            |                 |
| 15                                                                                                            |                       |                           |      |                                                                            |                                          |                        |                            |                 |

230



## INFORME FINAL

|                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                   |                   |                                                 |                   |   |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------------------------------------|-------------------|---|
| CONTRATO /<br>CONVENIO No.:                | 02766-2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | TIPO DE CONTRATO: |                   | Convenio de Asociación<br>Contrato Directo ESAL |                   |   |
| PERIODO DEL<br>INFORME:                    | Fecha Desde: 14 NOVIEMBRE 2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Fecha<br>Hasta:   | 30 DICIEMBRE 2024 | Fecha de Entrega de<br>Informe:                 | 17 DICIEMBRE 2024 | X |
| NOMBRE DE LA<br>ENTIDAD:                   | ALCALDIA MUNICIPAL DE GRAMALOTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                   |                   | NIT DE LA ENTIDAD:                              | 890.501.404-1     |   |
| REPRESENTANTE<br>LEGAL:                    | ALVARO CARDOZO RIAÑO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                   | CEDULA:                                         | 80.854.664        |   |
| OBJETO DEL<br>CONTRATO:                    | Desarrollar un proceso de formación artística y cultural en las áreas de DANZA, ARTES PLASTICAS Y MUSICA, en el municipio de GRAMALOTE, Norte de Santander en desarrollo del proyecto de Fortalecimiento y Fomento de proceso de formación para la creación y gestión de la cultura, el cual está inscrito por la Secretaría de Cultura en el Banco de Proyectos 2023                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                   |                                                 |                   |   |
| PROCESOS /<br>COMPROMISOS<br>CONTRACTUALES | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Ejecutar y desarrollar las actividades estrictamente apegados a los lineamientos curriculares del proyecto de Escuelas de Formación Artística y cultural del departamento Norte de Santander.</li><li>2. Ejecutar y destinar los recursos aportados exclusivamente para el objeto del presente convenio en las áreas concertadas.</li><li>3. Poner a disposición, bajo su autonomía y exclusiva responsabilidad, la infraestructura física, administrativa, financiera, técnica y logística que se requiera para el desarrollo de todas las actividades necesarias para dar cabal cumplimiento al objeto del convenio.</li><li>4. Incorporar al presupuesto del Municipio la totalidad de los recursos aportados por el Departamento.</li><li>5. Administrar los recursos aportados por el Departamento, en una cuenta en el Instituto Financiero para el Desarrollo del Norte de Santander (IFINORTE) según Ordenanza No. 0029 del 07 de diciembre de 2004, destinada para dichos recursos.</li><li>6. Los dineros aportados por el departamento son inembargables, por lo tanto, en caso que se afecten los mismos con medida cautelar alguna, el Municipio por su cuenta deberá iniciar las gestiones legales pertinentes para el levantamiento de dicha medida cautelar.</li><li>7. Ejecutar y desarrollar las actividades del convenio estrictamente apegados a los lineamientos curriculares del proyecto de Escuelas de Formación Artística y cultural del departamento Norte de Santander.</li><li>8. Diseñar y desarrollar una estrategia de promoción, difusión y divulgación de las actividades previstas en el proyecto.</li><li>9. Ofrecer apoyo logístico que garantice la participación de los formadores locales en el proceso de formación de formadores y actividades de socialización entre la comunidad participante y entrega de informes.</li><li>10. Informar en un lugar visible de la Alcaldía Municipal o la Casa de la Cultura del Municipio el monto de los recursos recibidos, el total de la</li></ol> |                   |                   |                                                 |                   |   |

Fortalecimiento y acceso efectivo a procesos culturales y artísticos en Norte de Santander, el cual está inscrito por la Secretaría de Cultura en el Banco de Proyectos 2024004540085





inversión, los objetivos y las metas del proyecto.

Presentar de forma periódica los informes descriptivos de los avances y restricciones de la propuesta con la comunidad usuaria de sus servicios, para ellos se utilizarán los formatos recomendados por el departamento.

12. Realizar la difusión y convocatorias teniendo en cuenta a las emisoras comunitarias existentes en el municipio y departamento.
  13. Presentar al supervisor del convenio los informes mensuales del avance pedagógico y población atendida, en el primer informe deberá reportar el plan de mejoramiento de las escuelas de formación, usuarios participantes inscritos en el segundo y tercer informe, reportará la población atendida el informe pedagógico y el registro fotográfico y el cuarto informe final de ejecución en el cual incluirá la información de los resultados del proceso de formación y datos contables y financieros con sus respectivos soportes, dentro de los quince (15) días siguientes a la terminación del convenio.
- En el informe se demostrará la cancelación efectiva y oportuna de los costos y/o cuentas por pagar, haciendo descripción detallada del servicio prestado por cada beneficiario, igualmente deberá adjuntar copia de los elementos de difusión, promoción e información escritos, sonoros y/o audiovisuales, en los que conste que se cumplió con los créditos del **DEPARTAMENTO**.
14. El **MUNICIPIO** asume la totalidad de los costos que de carácter legal se deriven y exijan para la legalización del presente convenio.
  15. El municipio se compromete a cumplir con los principios y criterios de especialización, austeridad y eficiencia del uso de recursos públicos contenidos en las normas presupuestales y sujetará su informe de ejecución y financiero a estas y a las normas especiales.
  16. Una vez perfeccionado y cumplido los requisitos de ejecución del convenio, **EL MUNICIPIO**, solicitará a la Tesorería general del Departamento, la liquidación de los descuentos de estampillas y demás gravámenes de que es sujeto el presente convenio, el cual debe ser cancelado dentro de los cinco días (5) días siguientes a la elaboración del convenio.

El respectivo comprobante de pago será anexado al trámite de los desembolsos respectivos.

17. **EL MUNICIPIO** se compromete a contratar directamente, sin intermediario de acuerdo al perfil mínimo requerido a los formadores que desarrollan las actividades académicas programadas so pena de incurrir en incumplimiento.

#### OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONVENIO

1. Realizar el proceso del registro de inscripción de los participantes en cada escuela y realizar seguimiento de la continuidad en el proceso y motivos de deserción.
2. El municipio articulará con el sector educativo a través de sus formadores el fortalecimiento de la formación artística con los docentes de educación artística de su municipio en pro de dinamizar la conformación del Sistema Departamental de Educación Artística y Cultural.
3. **EL MUNICIPIO**, a través de sus formadores diligenciarán el formato de seguimiento de la población beneficiada. Cada formador deberá apoyar mínimo 3 (tres) grupos de trabajo en los niveles de formación: sensibilización, exploración, formación básica y/o formación complementaria, que en caso no podrá ser inferior a quince (15) personas por cada grupo de trabajo en cada área artística en convenio, según los términos del plan de acción. Dicho formato deberá ser solicitado a la Secretaría de Cultura.

## INFORME PEDAGÓGICO DEL PROCESO DE FORMACIÓN ARTÍSTICA ÁREA DE DANZA

ANEXO 1

| POBLACIÓN ATENDIDA POR ESCUELA DE FORMACIÓN EN DANZA |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                             |                       |                    |                                                                                                                                                                                    |               |                                   |                 |  |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------|-----------------|--|
| Municipio                                            | Escuela (área)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Niños y Niñas de 0-5        | Niños y Niñas de 6-12 | Adolescentes 13-17 | Jóvenes 18-24                                                                                                                                                                      | Adultos 25-62 | 3ra Edad 65 y más                 | Total Población |  |
| GRAMALOTE                                            | DANZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 3                           | 32                    | 20                 | 1                                                                                                                                                                                  | 15            |                                   | 66              |  |
| POBLACIÓN EN CONDICIONES ESPECIALES                  | Mujer jefa de hogar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                             |                       |                    | Etnias                                                                                                                                                                             |               | Migrante                          |                 |  |
|                                                      | En condición de Discapacidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                             |                       |                    | Desmovilizado                                                                                                                                                                      |               | Indigente / Habitante de la calle |                 |  |
|                                                      | Víctima                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                             |                       |                    | OSIGD - LGBTI                                                                                                                                                                      |               | Privada de la libertad            |                 |  |
| NIVEL DE FORMACIÓN                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | SENSIBILIZACIÓN EXPLORACIÓN |                       |                    | CANTIDAD DE PARTICIPANTES ( 66 )                                                                                                                                                   |               |                                   |                 |  |
| OBJETIVO NIVEL DE FORMACIÓN                          | Fomentar en el niño la importancia de conocerse y realizar ejercicios de desarrollo expresivo- constituir un lenguaje corporal como base de toda manifestación escénica.                                                                                                                                                                                                                                                 |                             |                       |                    |                                                                                                                                                                                    |               |                                   |                 |  |
| TEMA                                                 | DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | HORAS EJECUTADAS            |                       |                    | RESULTADOS O PRODUCTOS                                                                                                                                                             |               |                                   |                 |  |
|                                                      | (Detalle el nombre de la actividad, describa detalladamente cómo la realizó, recursos, materiales, paso a paso)                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                             |                       |                    | (tener en cuenta el desarrollo del desempeño de las competencias Sensibilidad Perceptiva, producción creación y la comprensión socio cultural, en los participantes).              |               |                                   |                 |  |
| LAS PARTES DEL CUERPO                                | Cada participante realiza un recorrido corporal inicial en los pies y finalizando en la cabeza en este recorrido identifica cada una de las partes de su cuerpo y las articulaciones que lo componen realizando movimientos en los ángulos de rotación permitidos por cada articulación, posterior mente identifica cada parte de cuerpo cuantas articulaciones posee ejemplo los pies, piernas brazos manos, torso etc. | 10                          |                       |                    | El participante reconoce en su cuerpo las distintas partes que lo componen y los ángulos de rotación de las articulaciones para lograr los diferentes movimientos de estas partes. |               |                                   |                 |  |

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FUNCIONES<br>CORPORALES   | El participante explora las diferentes funciones corporales que intervienen en la forma del movimiento ejemplo: caminar, respirar, saltar, pulsaciones cardiacas, después de identificar las funciones corporales a través de un ejercicio individual recrea corporal mente las calidades de movimiento de la función escogida.                                                                                                                   | 20 | El participante reconocerá las funciones corporales que intervienen en la forma del movimiento.                                                                                                  |
| MOVIMIENTOS<br>CORPORALES | Mediante exposición el formador da a conocer los tipos de movimientos y movimientos de subsegmentos posteriormente de los participantes en tender cada tipo de movimiento se asigna a cada participante desarrollar una coreografía a frase de movimiento con la restricción 1. Frase de movimiento de subsegmentos. 2 frase de movimiento de su segmentos cada participante pasa al frente y presenta su frase de movimiento con apoyo auditivo. | 30 | El participante conoce y muestra cuales son los tipos de movimientos que componen el movimiento corporal.                                                                                        |
| PREPARACIÓN FÍSICA        | Se realizan rutinas de entrenamiento físico para fortalecimiento de zona media                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 60 | Los participantes bailarines preparan su cuerpo para la ejecución del trabajo corporal en danza                                                                                                  |
| EXPRESIÓN GESTUAL         | Se divide el grupo en parejas se acuestan en el piso boca abajo frente a frente y se pide realicen movimientos gestuales que representen estados de ánimo (alegría, tristeza, rabia, locura, confusión, mal genio)                                                                                                                                                                                                                                | 10 | Cada participante reconoce y trabaja en mejorar su expresión gestual con el objetivo de mejorar su lenguaje corporal ya que la danza es un lenguaje no verbal que transmite desde el movimiento. |



|                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ESQUEMA CORPORAL                                                 | Mediante cartografía corporal cada participante dibuja la silueta de su cuerpo y pinta como se auto percibe su esquema corporal y como lo proyecta hacia los demás. Pasa al frente a con su dibujo y expone a sus compañeros su esquema corporal explicando el cómo se percibe y como considera lo percibe su entorno. | 10 | El participante muestra cómo se auto percibe dentro de la sociedad.                                                                         |
| TÉCNICAS DE RESPIRACIÓN                                          | Mediante la técnica del yoga se trabaja la respiración para poder tener una adecuada respiración durante la ejecución de la actividad artística y recuperación en el trabajo físico.                                                                                                                                   | 11 | Los participantes obtienen una conciencia en torno a una respiración adecuada.                                                              |
| LATERALIDAD                                                      | Se realizan ejercicios de desplazamiento con restricciones de movimiento ejemplo realizara el desplazamiento sobre la diagonal realizando movimiento contra lateral y homologo. Igual mente realizara movimientos simétricos y asimétricos                                                                             | 37 | El participante desarrolla la respuesta neurológica al trabajar movimientos homólogos o contralaterales que lo sacan de su zona de confort. |
| DIRECCIONALIDAD                                                  | Se trabajan diferentes tipos de recorrido en la sala de danza se pide al bailarín al ejecutar el desplazamiento utilice los niveles de movimiento                                                                                                                                                                      | 37 | El participante reconoce el concepto de direccionalidad y ejecuta frases de movimientos en las direcciones que el formador requiera.        |
| HORAS ADMINISTRATIVAS                                            | PREPARACION DE INFORMES. Y PREPARACION DE CLASES ORGANIZACIÓN DE MATERIAL A UTILIZAR.                                                                                                                                                                                                                                  | 16 | CONSOLIDACION DE LA INFORMACION PARA LAS ORGANIZACIONES QUE LO REQUIERAN.                                                                   |
| NÚMERO DE HORAS INVERTIDAS EN COMPONENTE DE GESTIÓN Y PROYECCIÓN | Visibilizar y socializar los avances en la ejecución del proceso formativo.                                                                                                                                                                                                                                            | 35 | Eventos programados:<br>1. La noche blanca<br>2. Los 167 años de Gramalote<br>3. III Reinado Folclórico del adulto mayor                    |



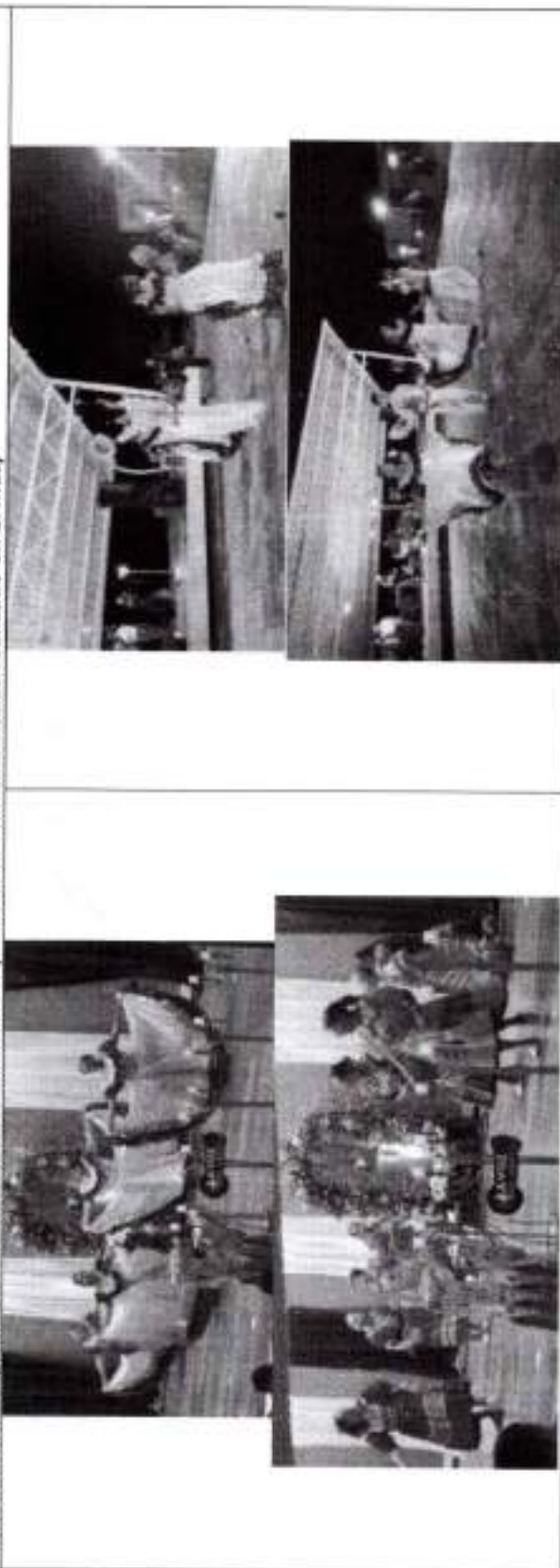
|                                                                                   |  |     |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--|-----|-------------------------------------------------------------------------------------|
| COMUNITARIA POR SEMANA                                                            |  |     | 4. Recibimiento de la navidad<br>5. Comparsa de la alcaldía municipal<br>6. Novenas |
| TOTAL HORAS DEL CONVENIO                                                          |  | 276 |                                                                                     |
| OBSERVACIONES (DETALLAR SI REALIZA ARTICULACIÓN CON ALGUNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA) |  |     |                                                                                     |

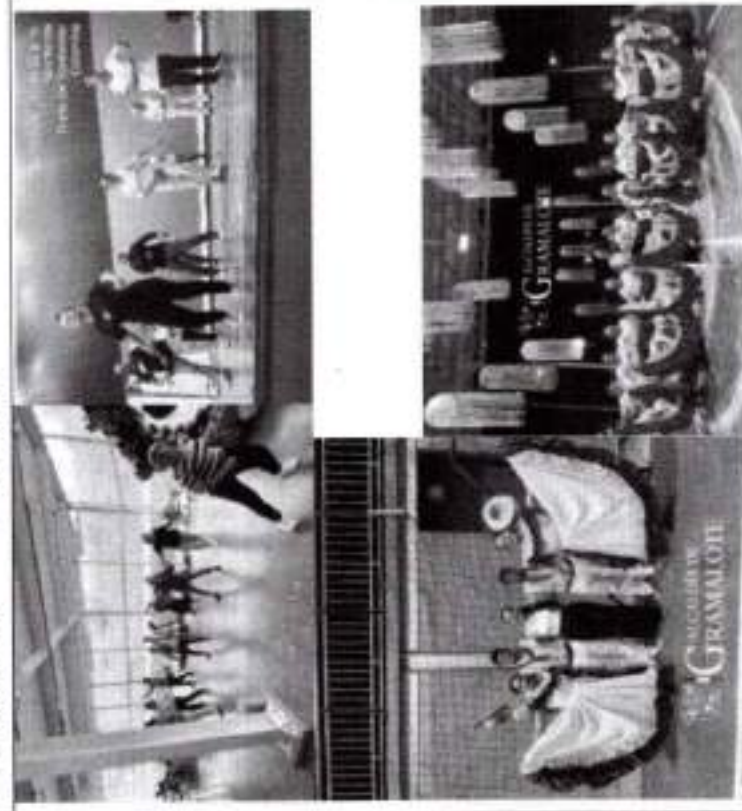
**EVIDENCIAS DEL PROCESO FORMATIVO ARTÍSTICO**
**Anexa:**

- Ficha de Población Atendida

**REGISTRO FOTOGRÁFICO**

(Colocar dos imágenes por cada actividad realizada del proceso formativo artístico realizado en el mes)





CLASES FORMATIVAS DE DANZAS- MUESTRAS ARTÍSTICAS- MUNICIPIO GRAMALOTE

## INFORME PEDAGÓGICO DEL PROCESO DE FORMACIÓN ARTÍSTICA ÁREA DE MÚSICA

| POBLACIÓN ATENDIDA POR ESCUELA DE FORMACIÓN EN MÚSICA |                                                                                                                                                                          |                      |                       |                                  |                                                                                                                                                                                     |               |                   |                 |  |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------|-----------------|--|
| Municipio                                             | Escuela (área)                                                                                                                                                           | Niños y Niñas de 0-5 | Niños y Niñas de 6-12 | Adolescentes 13-17               | Jóvenes 18-24                                                                                                                                                                       | Adultos 25-62 | 3ra Edad 65 y más | Total Población |  |
| GRAMALOTE                                             | MUSICA                                                                                                                                                                   | 1                    | 22                    | 11                               | 8                                                                                                                                                                                   | 1             | 8                 | 51              |  |
| POBLACIÓN EN CONDICIONES ESPECIALES                   | Mujer jefa de hogar                                                                                                                                                      | Etnias               |                       |                                  | Migrante                                                                                                                                                                            |               |                   |                 |  |
|                                                       | En condición de Discapacidad                                                                                                                                             | Desmovilizado        |                       |                                  | Indigente / Habitante de la calle                                                                                                                                                   |               |                   |                 |  |
|                                                       | Víctima                                                                                                                                                                  | OSIGD - LGBTI        |                       |                                  | Privada de la libertad                                                                                                                                                              |               |                   |                 |  |
| NIVEL DE FORMACIÓN                                    | NIVEL DE FORMACIÓN INICIAL                                                                                                                                               |                      |                       | CANTIDAD DE PARTICIPANTES ( 51 ) |                                                                                                                                                                                     |               |                   |                 |  |
| OBJETIVO NIVEL DE FORMACIÓN                           | Presentar a los estudiantes las diversas alternativas de expresión musical, de modo que conozcan sus raíces y las expresiones musicales propias de nuestro departamento. |                      |                       |                                  |                                                                                                                                                                                     |               |                   |                 |  |
| TEMA                                                  | DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD                                                                                                                                                    | HORAS EJECUTADAS     |                       |                                  | RESULTADOS O PRODUCTOS                                                                                                                                                              |               |                   |                 |  |
| EXPRESIÓN Y COMUNICACIÓN A TRAVÉS DE LA MÚSICA        | (Detalle el nombre de la actividad, describa detalladamente cómo la realizó, recursos, materiales, paso a paso)                                                          | 130                  |                       |                                  | (tener en cuenta el desarrollo del desempeño de las competencias Sensibilidad Perceptiva, producción creación y la comprensión socio cultural, en los participantes).               |               |                   |                 |  |
|                                                       | Identificar y analizar diferentes géneros musicales en términos de expresión y comunicación.<br>Comunicar ideas, emociones y mensajes a través de la música              |                      |                       |                                  | Fortalecer las habilidades interpretativas, críticas y comunicativas en el contexto de la música, para que enfrenten desafíos artísticos y académicos con confianza y sensibilidad. |               |                   |                 |  |



|                                                                                   |                                                                                                                                                            |     |                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| EXPRESIONES MUSICALES<br>DEL DEPARTAMENTO                                         | EXPLORAR LOS PRINCIPALES GÉNEROS MUSICALES,<br>SUS CARACTERÍSTICAS, Y CÓMO ESTAS<br>CARACTERÍSTICAS SE REFLEJA EN LA EXPRESIÓN<br>MUSICAL.                 | 50  | EXPLORAR UNA VARIEDAD DE GÉNEROS MUSICALES Y<br>ANALIZAR CÓMO CADA UNO UTILIZA LA EXPRESIÓN Y<br>LA COMUNICACIÓN. |
|                                                                                   | ESCUCHAR PIEZAS MUSICALES DE DIFERENTES<br>GÉNEROS Y REALIZAR EJERCICIOS COMPARATIVOS DE<br>CÓMO CADA GÉNERO COMUNICA EMOCIONES<br>SIMILARES O DIFERENTES. | 50  |                                                                                                                   |
|                                                                                   | IDENTIFICAR LOS INSTRUMENTOS MUSICALES<br>UTILIZADOS EN LAS CANCIONES.                                                                                     | 30  |                                                                                                                   |
| HORAS<br>ADMINISTRATIVAS                                                          | PREPARACIÓN DE INFORMES, Y<br>PREPARACIÓN DE CLASES ORGANIZACIÓN<br>DE MATERIAL A UTILIZAR.                                                                | 16  | CONSOLIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN<br>PARA LAS ORGANIZACIONES QUE LO<br>REQUIERAN.                                   |
| TOTAL HORAS DEL<br>CONVENIO                                                       |                                                                                                                                                            | 276 |                                                                                                                   |
| OBSERVACIONES (DETALLAR SI REALIZA ARTICULACIÓN CON ALGUNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA) |                                                                                                                                                            |     |                                                                                                                   |

## EVIDENCIAS DEL PROCESO FORMATIVO ARTÍSTICO

Anexa:

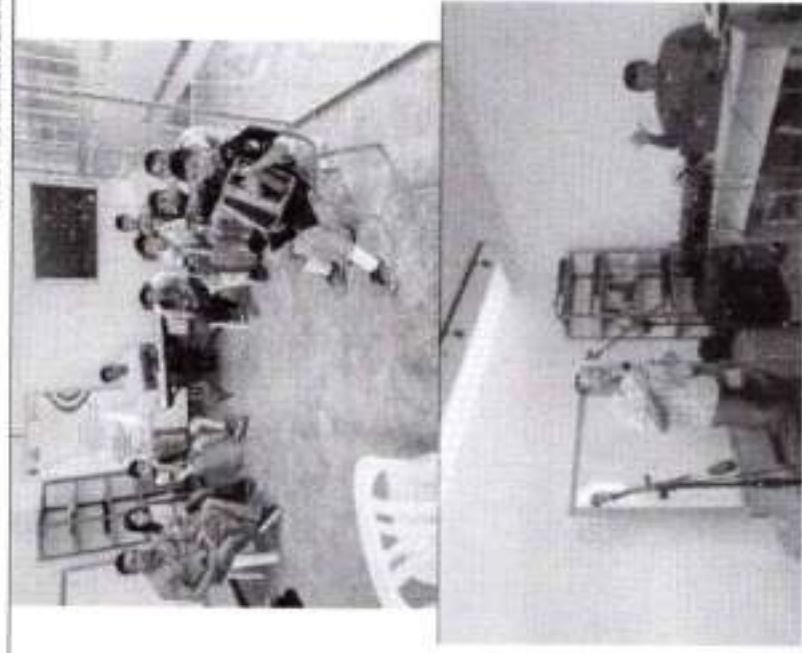
- Ficha de Población Atendida

### REGISTRO FOTOGRÁFICO

(Colocar dos imágenes por cada actividad realizada del proceso formativo artístico realizado en el mes)





|                                                                                      |                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |
|                                                                                      | <p>CLASES FORMATIVAS DE MUSICA- CASA DE LA CULTURA</p>                              |

Fortalecimiento y acceso efectivo a procesos culturales y artísticos en Norte de Santander, el cual está inscrito por la Secretaría de Cultura en el Banco de Proyectos 2024004540085

322

## INFORME PEDAGÓGICO DEL PROCESO DE FORMACIÓN ARTÍSTICA ÁREA DE ARTES PLÁSTICAS

| POBLACIÓN ATENDIDA POR ESCUELA DE FORMACIÓN EN ARTES PLÁSTICAS |                                                                                                                 |                              |                       |                    |                                |                                   |                                                                                                                                                                                                                               |                 |  |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------|--------------------|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--|
| Municipio                                                      | Escuela (área)                                                                                                  | Niños y Niñas de 0-5         | Niños y Niñas de 6-12 | Adolescentes 13-17 | Jóvenes 18-24                  | Adultos 25-62                     | 3ra Edad 65 y más                                                                                                                                                                                                             | Total Población |  |
| GRAMALOTE                                                      | ARTES PLÁSTICAS                                                                                                 | 15                           | 7                     | 6                  | 3                              | 3                                 |                                                                                                                                                                                                                               | 32              |  |
| POBLACIÓN EN CONDICIONES ESPECIALES                            |                                                                                                                 | Mujer jefa de hogar          |                       | Etnias             |                                | Migrante                          |                                                                                                                                                                                                                               |                 |  |
|                                                                |                                                                                                                 | En condición de Discapacidad |                       | Desmovilizado      |                                | Indigente / Habitante de la calle |                                                                                                                                                                                                                               |                 |  |
|                                                                |                                                                                                                 | Víctima                      |                       | OSIGD - LGBTI      |                                | Privada de la libertad            |                                                                                                                                                                                                                               |                 |  |
| NIVEL DE FORMACIÓN                                             | NIVEL DE FORMACIÓN INICIAL                                                                                      |                              |                       |                    | CANTIDAD DE PARTICIPANTES (32) |                                   |                                                                                                                                                                                                                               |                 |  |
| OBJETIVO NIVEL DE FORMACIÓN                                    | Desarrollar la creatividad expresiva mediante la aplicación de técnicas básicas.                                |                              |                       |                    |                                |                                   |                                                                                                                                                                                                                               |                 |  |
| TEMA                                                           | DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD                                                                                           |                              |                       |                    | HORAS EJECUTADAS               |                                   | RESULTADOS O PRODUCTOS                                                                                                                                                                                                        |                 |  |
|                                                                | (Detalle el nombre de la actividad, describa detalladamente cómo la realizó, recursos, materiales, paso a paso) |                              |                       |                    |                                |                                   | (tener en cuenta el desarrollo del desempeño de las competencias Sensibilidad Perceptiva, producción creación y la comprensión socio cultural, en los participantes).                                                         |                 |  |
| TÉCNICAS BÁSICAS DE DIBUJO                                     | SE REALIZA TÉCNICAS DE: LUZ<br>SOMBRA<br>PERSPECTIVA<br>DEGRADADO TONAL<br>VOLÚMENES<br>TAMAÑOS ETC.            |                              |                       |                    | 70                             |                                   | APRENDE A IDENTIFICAR TONALIDADES ,FORMAS Y A APROVECHAR EL TIEMPO LIBRE PARA HACER COMPOSICIONES DEL ENTORNO TALES COMO RETRATOS ,NATURALEZA MUERTA, PAISAJES A BLANCO Y NEGRO CON EL USO DEL LÁPIZ DE GRAFITO Y CARBONCILLO |                 |  |

|                                                                                                        |                                                                                             |     |                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| LUZ, SOMBRA,<br>DEGRADACIÓN TONAL.                                                                     | TÉCNICA DE LÁPIZ Y CARBONCILLOS                                                             | 75  | SE APRENDE A USAR EN TODOS LOS ENTORNOS<br>Y COMPOSICIONES QUE SE HACE CON LOS<br>OREOS Y LOS ACRÍlicos YA QUE TODO SE<br>COMPONE CON ESTOS TEMAS                     |
| TÉCNICAS BÁSICAS DE<br>ARTES PLÁSTICAS Y<br>VISUALES.                                                  | TÉCNICAS ÓLEO SOBRE LIENZO<br>TÉCNICA DE ACRÍlicos, VINILOS ETC.                            | 85  | SE APRENDE REALIZANDO EJERCICIOS DE<br>PRÁCTICA PARA LLEGAR A UNA COMPOSICIÓN<br>DE LA OBRA<br>TAMBIÉN APRENDE A USAR DIFERENTES<br>TONALIDADES DEL CÍRCULO CROMÁTICA |
| HORAS<br>ADMINISTRATIVAS                                                                               | PREPARACION DE INFORMES, Y<br>PREPARACION DE CLASES ORGANIZACIÓN<br>DE MATERIAL A UTILIZAR. | 16  | CONSOLIDACION DE LA INFORMACION<br>PARA LAS ORGANIZACIONES QUE LO<br>REQUIERAN.                                                                                       |
| NÚMERO DE HORAS<br>INVERTIDAS EN<br>COMPONENTE DE<br>GESTIÓN Y PROYECCIÓN<br>COMUNITARIA POR<br>SEMANA | VISIBILIZAR Y SOCIALIZAR LOS AVANCES EN LA<br>EJECUCIÓN DEL PROCESO FORMATIVO.              | 30  | EVENTOS PROGRAMADOS:<br>1. RECIBIMIENTO DE LA NAVIDAD<br>2. COMPARSA DE LA ALCALDÍA<br>3. MUESTRA PUBLICA DE OBRAS                                                    |
| TOTAL HORAS DEL<br>CONVENIO                                                                            |                                                                                             | 276 |                                                                                                                                                                       |
| OBSERVACIONES (DETALLAR SI REALIZA ARTICULACIÓN CON ALGUNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA)                      |                                                                                             |     |                                                                                                                                                                       |

**EVIDENCIAS DEL PROCESO FORMATIVO ARTÍSTICO**

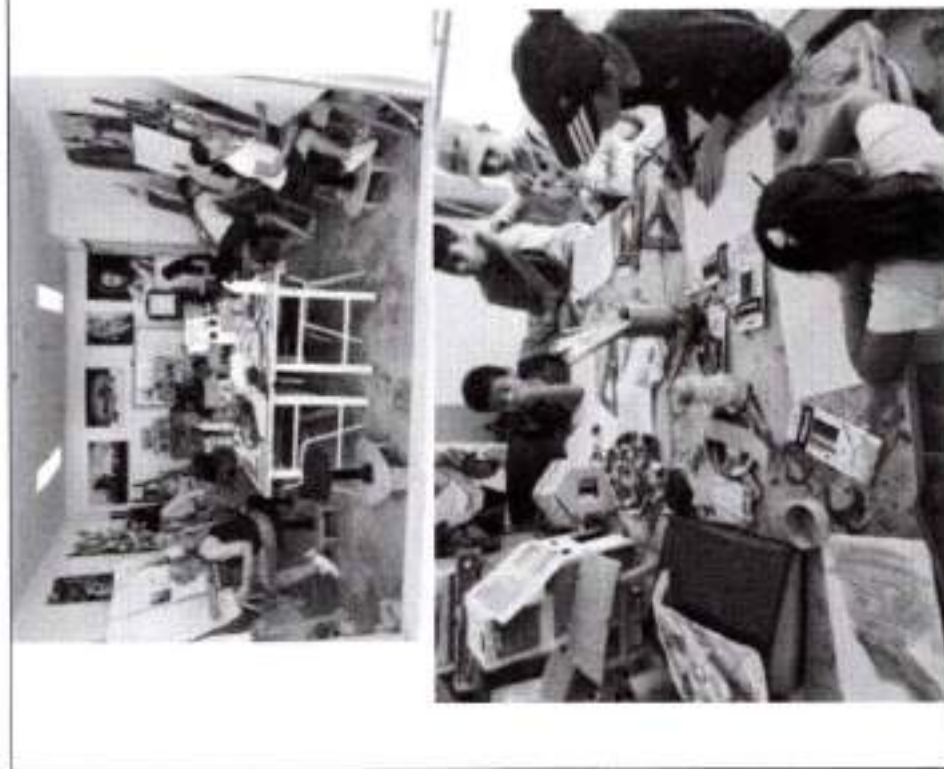
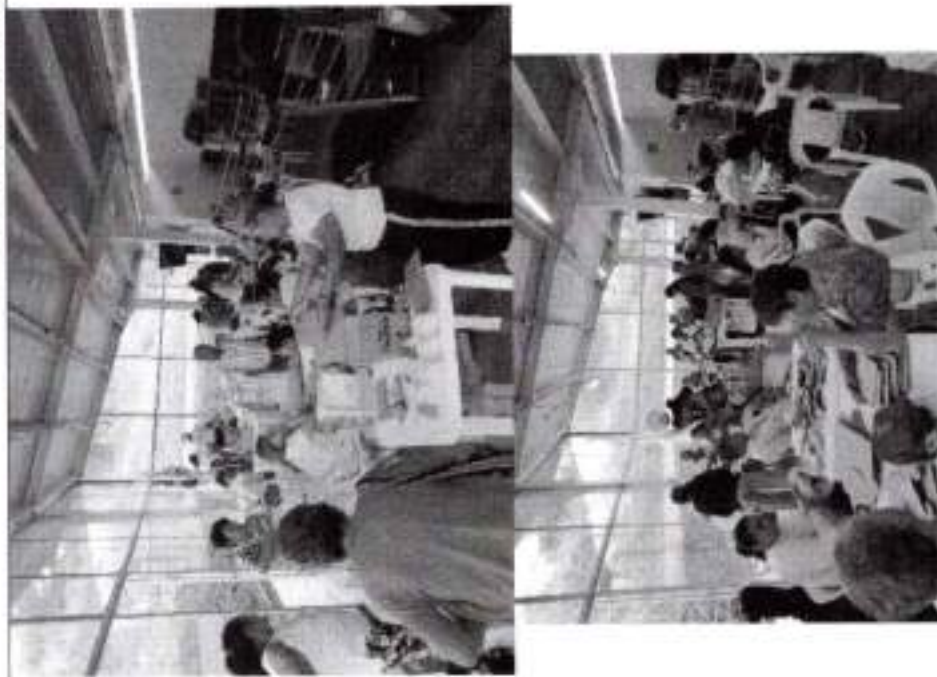
**Anexa:**

- Ficha de Población Atendida

**REGISTRO FOTOGRAFICO**

(Colocar dos imágenes por cada actividad realizada del proceso formativo artístico realizado en el mes)









CLASES FORMATIVAS ARTES PLASTICAS- GRAMALOTE

ALVARO CARDOZO RIANO  
ALCALDE MUNICIPAL

FIRMA DEL COORDINADOR DE CULTURA

Fortalecimiento y acceso efectivo a procesos culturales y artísticos en Norte de Santander, el cual está inscrito por la Secretaría de Cultura en el Banco de Proyectos 2024004540085

# **INSCRIPCIÓN Y CONSENTIMIENTO ÁREA DE DANZA**



