Indeportes CAUCA	DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA		Gobernación del CAUCA
FECHA: 2024/05/10	CÓDIGO: A-GAF-CONT-FOR-001	VERSIÓN: 01	PÁGINA: 1 de 1

FECHA		
01	07	2025

N°	MFF-02

CONTRATANTE:		Instituto Departamental de Deportes del Cauca		
NIT:		817004722-1		
TELEFONO:		(8)372926		
CIUDAD:		Popayán - Cauca		
N° DE CONTRATO:		207-2025		
CONTRATISTA:		Mercedes Fernández Fernández		
N° IDENTIFICACIÓN:		1061703693	**EXPEDIDA EN:**	Popayán

VALOR A PAGAR
(escribir en letras y números)

LA SUMA DE: TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/C ($ 3.800.000)

CONCEPTO VALOR APAGAR

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MONITOR DEL PROGRAMA DE ACTIVIDAD FISICA EN EL MARCO DEL PROYECTO IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA PARA PROMOVER LA ACTIVIDAD FÍSICA Y LA RECREACIÓN Y EL APROVECHAMIENTO DEL TIEMPO LIBRE VIGENCIA 2025 EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA BPIN 202400000005533 EN EL MUNICIPIO DE FLORENCIA.

PERIODO A PAGAR:	**del 01 de Junio de 2025 al 30 de junio de 2025**

CLASE Y NÚMERO DE CUENTA BANCARIA

AHORRO	x	**CORRIENTE**		**BANCO**	BANCOLOMBIA	**NÚMERO**	**19599300956**

DATOS CONTRATISTA

DIRECCIÓN:	Florencia Cauca barrio Centro
TELEFONO O CELULAR:	3182388379

FIRMADEL CONTRATISTA

Mache

DECLARACIÓN JURAMENTADA APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

Popayán 1 de julio de 2025

Señores
INDEPORTES CAUCA.
Ciudad

Por medio de la presente declaro bajo la gravedad del juramento, que me encuentro afiliado al sistema de seguridad social en salud y riesgos profesionales, que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud por valor de **$ 190.000** en pensión por valor de **$243.200** y riesgos profesionales por valor de **$ 15.900** con Planillas de Pago No. **33538576** que presentó en el documento equivalente a la factura número **MFF - 02,** corresponden a los ingresos provenientes del contrato **No. 207 de 2025** suscrito con esta entidad, materia del pago en el desembolso mencionado.

Lo anterior en cumplimiento de lo establecido en el parágrafo 1 del artículo 4 del Decreto 2271 de 2009 "***Artículo 4°.*** *Disminución de la base para trabajadores independientes. El monto total del aporte que el trabajador independiente debe efectuar al Sistema General de Seguridad Social en Salud es deducible. En este caso, la base de retención en la fuente al momento del pago o abono en cuenta, se disminuirá con el valor total del aporte obligatorio al Sistema General de Seguridad Social en Salud realizado por el independiente, que corresponda al periodo que origina el pago y de manera proporcional a cada contrato en los casos en que hubiere lugar. En tal sentido, no se podrá disminuir la base por aportes efectuados en contratos diferentes al que origina el respectivo pago y el monto a deducir no podrá exceder el valor de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud que le corresponda efectuar al independiente por dicho contrato."*

*"**Parágrafo 1°.** Para los efectos previstos en el presente artículo, el trabajador independiente deberá adjuntar a su factura, documento equivalente o a la cuenta de cobro, si a ello hubiere lugar, un escrito dirigido al agente retenedor en el cual certifique bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención. En el caso de que su cotización alcance el tope legal de veinticinco (25) salarios mínimos legales mensuales vigentes, por la totalidad de sus ingresos por el respectivo período de cotización deberá dejar expresamente consignada esta situación".* Para efectos de la disminución de la base de retención en la fuente en el documento equivalente anexo al desembolso.
Atentamente,

Noche

NOMBRE: Mercedes Fernández Fernández
C.C.1.061.703.693 de Popayán.
planilla y confirmación de envío.

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1061703693	0	MERCEDES FERNANDEZ FERNANDEZ	I	875	POSITIVA - 14-23	SUCURSAL	8299	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
19-290	CLL 2 C 56 31		8319592			PAGOSYPLANILLAS@ALTOSEGUROS.COM.CO		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-06	2025-06	33538576	I	2025-06-18	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	449.100	0	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	33538576	2025-07-21	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES														DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN			Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.			
1	CC 1061703693	FERNANDEZ FERNANDEZ MERCEDES	1.520.000																	0			30	30	0	30	PORVENIR-230301	1.520.000	243.200	0	0	ESSC ASMET SALUD-ESSC62	1.520.000	190.000	SIN CCF-SINCCF	0	0	1.520.000	15.900	0,01044	0	0	0	0	0	59	0	449.100	N	2855201

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1061703693	0	MERCEDES FERNANDEZ FERNANDEZ	I	875	POSITIVA - 14-23	SUCURSAL	8299	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
19-290	CLL 2 C 56 31		8319592			PAGOSYPLANILLAS@ALTOSEGUROS.COM.CO		N

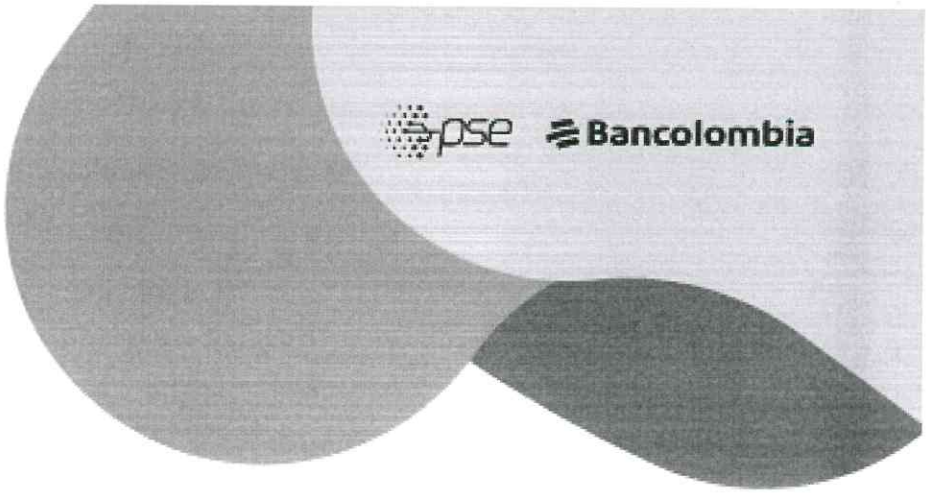
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-06	2025-06	33538576	I	2025-06-18	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	449.100	0	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	33538576	2025-07-21	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.520.000	1.520.000	1.520.000	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	243.200	0	0	0	243.200
PORVENIR	230301	800224808	8	1	243.200	0	0	0	243.200
EPS(Administradoras: 1)				1	190.000	0	0	0	190.000
ESSC ASMET SALUD	ESSC62	900935126	7	1	190.000	0	0	0	190.000
ARP(Administradoras: 1)				1	15.900	0	0	0	15.900
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	15.900	0	0	0	15.900
Gran Total					449.100	0	0	0	449.100

Comprobante

de pago en línea



ASOPAGOS

Pago realizado por: DIANA ALEJANDRA BEDOYA TORO

Nro. de recibo: 33538576

Descripción del pago: Pago de seguridad Social Integrado

Identificación del contribuyente: 10.10.11.80

Concepto: CC

Razón Social: 1061703693

Fecha y hora de la transacción: Miércoles 18 de Junio de 2025 10:21:36 AM

Nro. de comprobante: 0000006172

Valor pagado: $ 449,100.00

Cuenta: *******7945

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com

Certificado
Bancario

Domingo, 6 de abril de 2025

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que MERCEDES FERNANDEZ FERNANDEZ identificado(a) con CC 1061703693, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	19599300956	2013/06/29	CXC PENDIENTES

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

Indeportes CAUCA

Gobernación del Cauca

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CAUCA
INDEPORTES CAUCA
REGISTRO PRESUPUESTAL

FECHA: Miércoles, 7 de Mayo de 2025 **RP No.:** 0235

Beneficiario: MERCEDES N FERNANDEZ FERNANDEZ	**NIT:** 1061703693
No. CDP: 0269	**Fecha Expiración CDP:** 2025-12-31

INFORMACIÓN DEL CONTRATO		
Tipo de Compromiso: C2 - Contrato de Prestación de servicios profesionales o de apoyo a la gestión.		
Contrato: IDDRC-CD-205-2025	**Fecha:** 2025-05-07	**Vence:** 2025-08-31
Objeto: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MONITOR DEL PROGRAMA DE ACTIVIDAD FISICA EN EL MARCO DEL PROYECTO IMPLEMENTACION DE UNA ESTRATEGIA PARA PROMOVER LA ACTIVIDAD FISICA Y LA RECREACION Y EL APROVECHAMIENTO DEL TIEMPO LIBRE VIGENCIA 2025 EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA BPIN 202400000005533		

Concepto RP: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MONITOR DEL PROGRAMA DE ACTIVIDAD FISICA EN EL MARCO DE PROYECTO "IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA PARA PROMOVER LA ACTIVIDAD FÍSICA, LA RECREACION Y EL APROVECHAMIENTO DEL TIEMPO LIBRE VIGENCIA 2025 EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA BPIN 202400000005533 EN EL MUNICIPIO DE FLORENCIA CAUCA. SOLICITUD CDP No 265

Código del Rubro	Nombre del Rubro	Valor
2.3.43.01.1604.05.232.02.02.09.20.30	Monitores profesionales	$15,200,000.00
	Total Compromisos:	**$15,200,000.00**

Fuente	Valor
TASA PRODEPORTE	$15,200,000.00

VALOR TOTAL REGISTRO PRESUPUESTAL $15,200,000.00

YEINY CATHERINE HERRERA PARRA
SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

Proyectó: Lady Viviana Re[illegible]olledo C.
Contratista Presupuesto

xpert

INFORME ADMINISTRATIVO					
ENTIDAD:	**INDEPORTES CAUCA**				
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ			**NIT - DV**	1143856555-01
CONTRATO N.°:	CD 207-2025	**FECHA INICIO**	09/05/2025	**FECHA TERMINACION:**	31/08/2025
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MONITOR DEL PROGRAMA DE ACTIVIDAD FISICA EN EL MARCO DEL PROYECTO IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA PARA PROMOVER LA ACTIVIDAD FÍSICA Y LA RECREACIÓN Y EL APROVECHAMIENTO DEL TIEMPO LIBRE VIGENCIA 2025 EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA BPIN 202400000005533 EN EL MUNICIPIO DE FLORENICA CAUCA.			**POBLACIÓN BENEFICIARIA:**	Implementación de una estrategia para la promoción de la recreación y la actividad física en el departamento del Cauca BPIN 2023003190136 Programa de Actividad Física-población a beneficiar
PERIODO DEL INFORME:	Del día 01 del mes de Junio hasta el día 30 del mes junio del año 2025			**FECHA PRESENTACIÓN:**	1/07/2025

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATO	ACTIVIDAD REALIZADA DE ACUERDO A LA OBLIGACIÓN CONTRACTUAL
ACTIVIDAD 1	
Brindar apoyo en la Conformación como mínimo cuatro (4) grupos de actividad física con una frecuencia de tres (3) veces a la semana cada grupo, una duración de una (1) hora. Dos (2) grupos deben estar integrados como mínimo por 50 personas y los otros dos (2) grupos, con un mínimo de 30 personas cada uno en el ámbito comunitario que beneficie a todo el curso de vida priorizando las personas entre los 18 a 60 años, es decir, por lo menos la mitad más uno de personas de cada grupo dentro de este rango de edad (uno de los grupos debe tener un énfasis en niños, jóvenes y adolescentes los cuales pertenezcan al ámbito comunitario). Las sesiones deben realizarse a través de la actividad física dirigida musicalizada en los diferentes enfoques y tipos de sesión buscando el desarrollo armónico de las cualidades físicas (fuerza, flexibilidad, resistencia cardiovascular, coordinación, equilibrio, etc.) y por lo menos una vez a la semana, realizar una sesión de estimulación muscular mediante diferentes formas de movimientos compuestos por ejercicios funcionales y auto cargas buscando la participación de la mayoría de los grupos musculares según el tipo de población a impactar	

Descripción de las Actividades realizadas

Durante el periodo del **01/06/2025 al 30/06/2025** Se da continuidad a las sesiones de actividad física con los grupos regulares Florencia Activa y Mañanas saludables, por otro lado se conforman los grupos Activos y El placer activo.

Caracterización de grupos y lideres			
Nombre del grupo y lugar	**Nombre del líder**	**Dirección**	**Celular**
1. MAÑANAS SALUDABLES	Jazmín del Socorro Erazo	Nuevo Horizonte	3126950757
2. FLORENCIA ACTIVO	Laura Marcela Salgado	La Cadena	3218431252
3. ACTIVOS	Carolina Solarte	El placer	3105299040
4. EL PLACER	Mary Ortíz	Las cuchillas	3155403263

1. Se da seguimiento a las sessiones del grupo regular Mañanas saludables (martes, miércoles y jueves de 5:45am a 6:45 am), polideportivo la plaza. Se da continuidad a las sesiones que se realizan de forma regularen los horarios acordados.
2. Se da seguimiento a las sesiones del grupo regular Florencia Activa (lunes, martes y miércoles de 7:00 pm a 8:00 Pm), Polideportivo la plaza. Se da continuidad a las sesiones que se realizan de forma regularen los horarios acordados.
3. Se conforma el grupo regular Activos (lunes, martes y miércoles de 5:45 pm a 6:45 Pm), Escuela el Alto. Las sesiones se dieron inicio el día 9 de junio de 2025.
4. Se conforma el grupo regular El placer los días (lunes, martes y miércoles de 4:30 pm a 5:30 Pm), Cancha las cuchillas. Las sesiones se dieron inicio el día 9 de junio de 2025.

Se priorizo a personas entre los 18 a 60 años, dentro de los diferentes grupos se trabaja con niños, jóvenes, adolescentes, adultos, adultos mayores. Se realizan sesiones de actividad física dirigida musicalizada en los diferentes enfoques y tipos de sesión generando el desarrollo armónico de las cualidades físicas (fuerza, flexibilidad, resistencia cardiovascular, coordinación, equilibrio, etc.) de esta manera se realizan sesiones de rumba aeróbica musicalizada, fortalecimiento muscular, entre otras para mejorar la condición física de los usuarios.

Se hace la toma de tamizaje a todos los usuarios que hacen parte de los grupos de actividad física, dicha información se subió al link de caracterización https://forms.gle/YZkouKQbrsbntfpB7. se hace entrega en medio físico, se hace entrega de la totalidad de los formatos de inscripción.

ANEXO 1: Formatos de Seguimiento-



GRUPO: FLORENCIA ACTIVA
FECHA: 17/06/2025



GRUPO: MAÑANAS SALUDABLES
FECHA: 17/06/2025



GRUPO: ACTIVOS
FECHA: 16/06/2025



GRUPO: EL PLACER
FECHA: 16/06/2025

ACTIVIDAD 2

Brindar apoyo en la conformación de un (1) grupo de actividad física no regular con una frecuencia de por lo menos una (1) vez a la semana, una duración de una (1) hora y un mínimo de 30 personas o dos grupos cada uno con un mínimo de 20 personas, intervenido a todo el curso de vida en el ámbito comunitario, laboral o de salud

Descripción de las Actividades realizadas Durante el periodo **de 01/06/2025 al 30/06/2025** Se inician las sesiones de actividad física con los usuarios que hacen parte del grupo Renacer. Los horarios acordados fueron los días jueves a las 4:00pm. En las instalaciones de la casa del abuelo. Durante el mes de junio se realizan en total 4 sesiones de actividad física, que se llevaron a cabo por medio de rumba aeróbica, trabajo de fortalecimiento, gimnasia aeróbica.

	
GRUPO: RENACER **FECHA: 5/06/2025**	**GRUPO: RENACER** **FECHA: 5/06/2025**

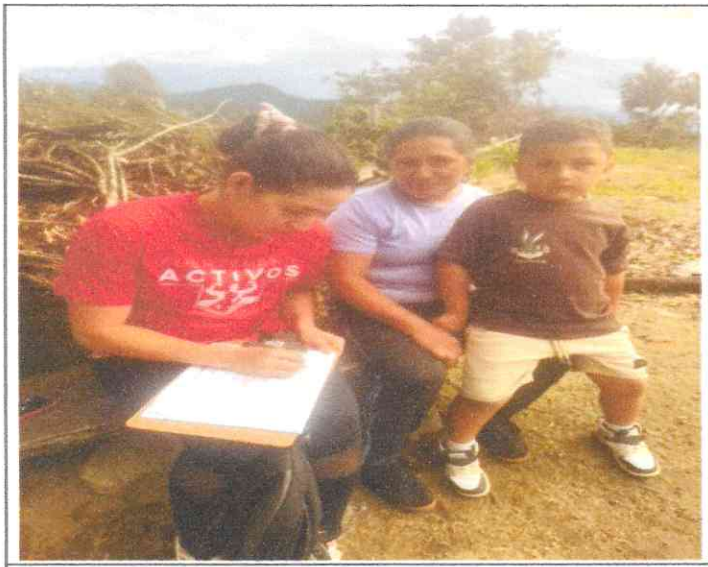
ACTIVIDAD 3

Tamizar todos los grupos de actividad física reportándolos en los formatos establecidos por el ente deportivo y el sistema de caracterización digital. Una vez inicie el contrato de prestación de servicios, en el primer mes deberá reportar la mitad de los grupos regulares y no regulares y tendrá plazo de hasta dos (2) meses para registrar la información total de los usuarios en el formato por el ente deportivo, que permita evidenciar el cumplimiento de las obligaciones contractuales, al último mes de finalizar el contrato, deberá realizar el tamizaje de evaluación final de los usuarios reportándolo en el ente departamental a través del formato dado a conocer por el ente deportivo

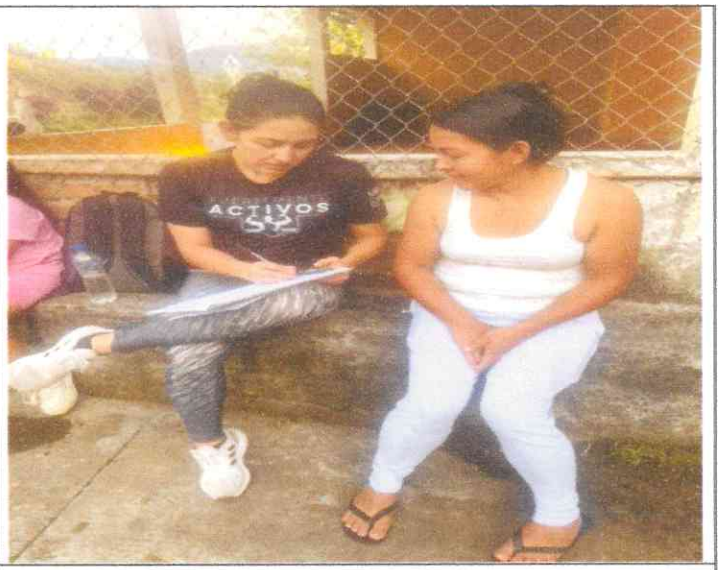
Durante el periodo del **01/06/2025 al 30/06/2025** se llevó el proceso de tamizaje a los usuarios de los grupos regulares faltantes (Activos, Renacer, El placer) , durante el mes de junio se realizaron las respectivas tomas en los formatos establecidos por el ente deportivo, de igual forma fueron reportados en el link (https://forms.gle/KceKxvBTXgcoWwGQ7), de caracterización compartido por el gestor del programa de Actividad Física Charlie Hernández.

Cada grupo tuvo una sesión exclusivamente para llevar a cabo el respectivo tamizaje antropométrico en las cuales se tuvo en cuenta: la toma de peso, talla y perímetro abdominal, datos personales, entre otros.

Anexo 2: formato de ficha de inscripción y registro de usuarios – actividad física.



Tamizaje grupo Regular: El placer
Fecha: 3/06/2025



Tamizaje grupo Regular: Activos
Fecha: 3/06/2025



Tamizaje grupo Regular: Activos
Fecha: 3/06/2025



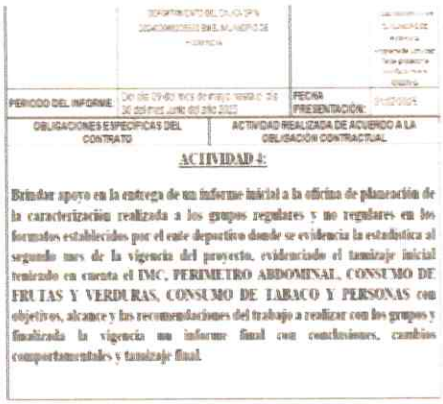
GRUPO NO REGULAR: RENACER
FECHA:5/06/2025

ACTIVIDAD 4

4. Brinda apoyo en la entrega de un informe inicial a la oficina de planeación de la caracterización realizada a los grupos regulares y no regulares en los formatos establecidos por el ente deportivo donde se evidencia la estadística al segundo mes de la vigencia del proyecto, evidenciado el tamizaje inicial teniendo en cuenta el IMC,PERIMETRO ABDOMINAL, CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, CONSUMO DE TABACO Y PERSONAS con objetivos, alcance y las recomendaciones del trabajo a realizar con los grupos y finalizada la vigencia un informe final con conclusiones, cambios comportamentales y tamizaje final.

Durante el periodo del **01/06/2025 al 30/06/2025** Se realiza y se hace entrega del informe inicial correspondiente a la caracterización inicial y tamizaje de los usuarios que hacen parte de los grupos regulares y no regular del municipio de Florencia. Donde por medio de gráficas con sus respectivos análisis se consolida una información que permite establecer un diagnóstico general sobre IMC, perímetro abdominal, consumo de frutas y verduras, consumo de tabaco, objetivos personales relacionados con

actividad física.
Dicho análisis permite a los usuarios dar un enfoque tanto general como específico en sus objetivos personales. Y a nosotros como monitores nos permite direccionar nuestras actividades y sesiones hacia las necesidades de cada usuarios.

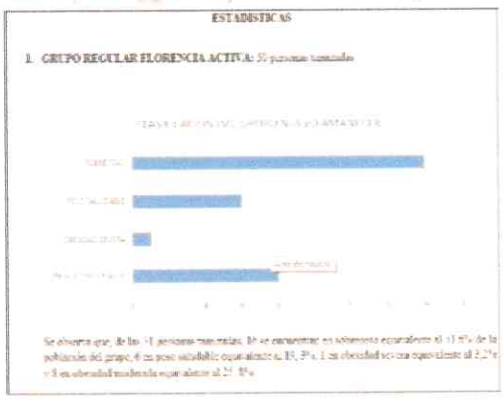


PERIODO DEL INFORME:		FECHA PRESENTACIÓN:	
OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATO	ACTIVIDAD REALIZADA DE ACUERDO A LA OBLIGACIÓN CONTRACTUAL		

ACTIVIDAD 4:

Brindar apoyo en la entrega de un informe inicial a la oficina de planeación de la caracterización realizada a los grupos regulares y no regulares en los formatos establecidos por el ente deportivo donde se evidencia la estadística al segundo mes de la vigencia del proyecto, evidenciado el tamizaje inicial teniendo en cuenta el IMC, PERIMETRO ABDOMINAL, CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, CONSUMO DE TABACO Y PERSONAS con objetivos, alcance y las recomendaciones del trabajo a realizar con los grupos y finalizada la vigencia un informe final con conclusiones, cambios comportamentales y tamizaje final.

INFORME INICIAL DE CARACTERIZACIÓN- FLORENCIA CAUCA- 30/06/2025



INFORME INICIAL DE CARACTERIZACIÓN- FLORENCIA CAUCA- 30/06/2025

ACTIVIDAD 5

5. Brindar apoyo en la realización de cuatro (4) acciones mensuales como mínimo de promoción, aprovechamiento de espacios y posicionamiento del programa de Hábitos y Estilos de Vida Saludable y/o del programa Vías Activas y Saludables con un minino de veinte (20) personas por actividad. Esta información deberá ser reportada mensualmente en el link del ente deportivo.

Descripción de las Actividades realizadas

Durante el periodo de **01/06/2025 al 30/06/2025** Se realizaron 4 eventos de promoción, que tuvo como objetivo e aprovechamiento del tiempo libre, promoción de hábitos y estilos de vida saludable y posicionamiento del programa de actividad física del Indeportes Cauca. A continuación, los eventos que se llevaron a cabo durante el mes de junio.

Evento de promoción IE toribio Paz N.1: Se realizó un evento de promoción el día 6 de Junio de 2025 en horas de la mañana de 10:30 am. A 11:30 am. Con los estudiantes del grado tercero de la institución educativa Toribio Paz. Se realizó una sesión de actividad rítmica para niños se contó con la participación de 21 niños y niñas.

Evento de promoción Caminata al Campo N.2 Se realizó el evento de promoción por medio de una caminata, el recorrido tuvo una duración de una hora, durante su desarrollo se mencionaron mensajes HEVS y recomendaciones generales, hubo una participación de 30 personas, entre niños, jóvenes, adultos y adulto mayor.

Evento de promoción caminata los árboles N.3: Se realiza una segunda caminata el día 26 de junio hacia la vereda los árboles, donde participaron niños, jóvenes, adultos y adulto mayor, el recorrido tuvo una duración de una hora, durante su desarrollo se mencionaron mensajes HEVS y recomendaciones generales.

Evento de promoción Evento promoción veredal N. 4: Se realizó un evento de promoción el día 25 de

junio, la sesión se realiza por medio de una sesión de rumba aeróbica, durante su desarrollo se mencionan mensajes HEVS y recomendaciones generales, la actividad tuvo una duración de una hora, donde hubo una participación especialmente de niños y niñas

Todos los datos ya se encuentran en el link de caracterización. https://forms.gle/YZkouKQbrsbntfpB7.

Anexo 3: formato de registro de caracterización- evento de promoción



Actividad: Evento de promoción IE Toribio Paz
Fecha: 6/06/2025



ACTIVIDAD: Caminata Vereda El campo
FECHA: 20/06/2025



ACTIVIDAD: CAMINATA LOS ÁRBOLES
FECHA: 26/06/2025



ACTIVIDAD: RUMBA VEREDAL
FECHA: 25/06/2025

ACTIVIDAD 6

Brindar apoyo en la realización de mínimo una (1) acción mensual de promoción de la estrategia fuertemente activos como mínimo veinte (20) personas promoviendo la práctica de actividad física mediante diferentes formas de movimientos compuestos por ejercicios funcionales, auto- cargas y elementos, buscando la participación de la mayoría de los grupo

Descripción de las Actividades realizadas

Durante el periodo de **01/06/2025 al 30/06/2025** Se realizó la actividad de fuertemente activos con un grupo de jóvenes de la vereda peña blanca , el día 20 de junio desde las 4:00 pm hasta las 5:00 pm, el entrenamiento del día se llevó a cabo por medio del método de entrenamiento AMRAP que trata de completar tantas rondas o repeticiones de un conjunto de ejercicios como sea posible dentro de un tiempo límite. Se reportan todos mediante link de caracterización https://forms.gle/YZkouKQbrsbntfpB7.

Anexo 4: formato de registro de caracterización-evento fuertemente activos



ACTIVIDAD:
FECHA: 19/06/2025



ACTIVIDAD:
FECHA: 19/06/2025

ACTIVIDAD 7

Brindar apoyo en la realización de por lo menos asesorías (5) a instituciones u organizaciones reportadas durante la ejecución del contrato mínimo 1 bimestralmente, las cuales se deben realizar en el ámbito educativo involucrando a docentes, estudiantes, personal administrativo, salud y laboral y demás de acuerdo a los parámetros establecidos en la ruta metodológica entregada por el ente deportivo, garantizando la intervención de por lo menos el 60% del total de la población de la institución u organización o un mínimo de 200. Las asesorías deben tener como objetivo la promoción de las estrategias para facilitar el acceso y aprovechamiento de espacios físicos. Se debe iniciar con los reportes de asesorías al segundo mes de la ejecución del contrato. Una vez finalizada cada asesoría se debe enviar el formato de reporte establecido por el ente deportivo

Descripción de las Actividades realizadas

Durante el periodo **01/06/2025 al 30/06/2025** en el mes de junio se realizan y finalizan dos de las

asesorías a instituciones que se intervinieron durante el mes de mayo y se finalizan los proceso en el mes de junio. Las instituciones intervenidas fueron las siguientes:

Institución Educativa El Rosario: Siguiendo la ruta metodológica, en la IE El Rosario se realizó el proceso de capacitación, con docentes y estudiantes de los grados octavos y novenos, hubo participación activa por parte de los presentes, se tuvieron en cuenta temas como alimentación saludable, beneficios de la actividad física, protección de espacios 100% libres de humo de tabaco, se dedicó un espacio para resolver dudas, realizar preguntas y dar opiniones acerca de los diferentes temas tratados, la capacitación tuvo una duración de dos horas. Posterior a ello, la institución nos permite un espacio para realizar las estrategias IEC, que consistieron en realizar carteleras alusivas a los temas tratados en la capacitación, el objetivo era enviar un mensaje claro, puntual y directo a todos los estudiantes que hacen parte de la institución, las carteleras se ubicaron en puntos estratégicos con mayor visibilidad al público. Finalmente, a la semana siguiente se desarrolla el evento de movilización con todos los estudiantes, docentes y administrativos que hacen parte de la institución, por medio de una sesión de rumba aeróbica, durante el desarrollo se mencionaron mensaje HEVS y recomendaciones generales, la actividad tuvo una duración de una hora.

Centro educativo Los Árboles: Siguiendo la ruta metodológica, en el centro educativo Los Árboles, se lleva el proceso de asesoría de la siguiente manera, en primera instancia se realiza el proceso de capacitación con los docentes que hacen parte del centro educativo, durante la jornada hubo participación activa por parte de los directivos y docentes, se desarrollaron temas relacionados con alimentación saludable, beneficios de actividad física, protección de espacios 100% libres de tabaco, durante la capacitación se fueron despejando dudas, compartiendo opiniones y aclarando términos, tuvo una duración de dos horas. Posterior a ellos a la semana siguiente se programa el proceso de estrategias IEC donde por medio de carteleras los docentes quisieron plasmar lo aprendido durante la capacitación, las carteleras se ubicaron en lugares estratégicos que permitieron la visibilidad para la mayoría de los estudiantes que hacen parte del centro educativo. Finalmente, el director Carlos Gonzales nos permitió un espacio para llevar a cabo el evento de movilización permitiendo la vinculación de todas las sedes que hacen parte del centro educativo. La jornada se llevó a cabo por medio de una sesión de rumba aeróbica donde participaron docentes, administrativos, padres de familia y estudiantes. La actividad tuvo una duración de una hora.



ESTRATEGIAS IEC IE- EL ROSARIO
FECHA: 3/06/2025 ✓



ESTRATEGIAS IEC - IE EL ROSARIO
FECHA: 3/06/2025 ✓



EVENTO DE MOVILIZACIÓN IE EL ROSARIO
FECHA: 30/06/2025 ✓



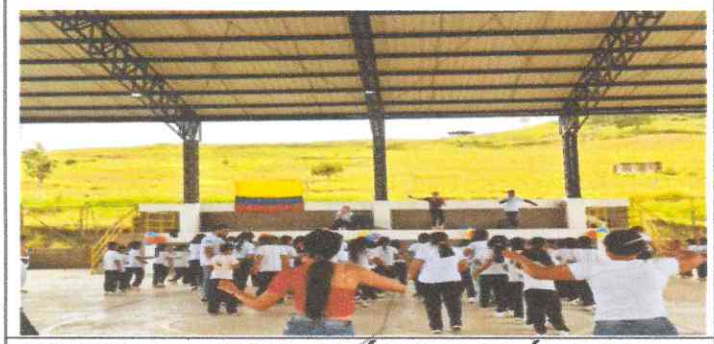
EVENTO DE MOVILIZACIÓN IE EL ROSARIO
FECHA: 30/06/2025 ✓



ESTRATEGIAS IEC CE LOS ÁRBOLES
FECHA: 4/06/2025 ✓



ESTRATEGIAS IEC CE LOS ÁRBOLES
FECHA: 4/06/2025 ✓



EVENTO DE MOVILIZACIÓN CE LOS ÁRBOLES
FECHA: 20/06/2024



EVENTO DE MOVILIZACIÓN CE LOS ÁRBOLES
FECHA: 20/06/2024

ACTIVIDAD 8

Brindar apoyo en la realización de un (1) evento masivo donde se evidencie la articulación con otras instituciones y busque la participación de todos los grupos poblacionales con un mínimo de 120 personas. La fecha de realización del evento debe corresponder al mes de ejecución del informe que se está presentando. En la evidencia fotográfica que se plasme en el informe, debe visualizarse claramente la cantidad de personas que están participando en el evento y la persona que está orientando. Cabe anotar que el primer reporte del evento masivo debe registrarse en el segundo informe mensual de actividades y en el link del ente deportivo.

Descripción de las Actividades realizadas

Durante el periodo de **01/06/2025 al 30/06/2025** Se realiza el primer evento masivo del año en el municipio de Florencia Cauca, El evento se realizó en las instalaciones de la institución educativa Toribio Paz, se contó con el apoyo de varias entidades como: PIC municipal, secretaría de salud, secretaría de deporte y cultura, alcaldía municipal. Por otro lado, en tarima se contó con la participación de tres de las monitoras del programa de actividad física de Indeportes Cauca. La actividad tuvo una duración de dos horas, se llevó a cabo por medio de las modalidades de gimnasia y rumba aeróbicas, durante su desarrollo se mencionaron mensajes HEVS, se obsequiaron incentivos y fruta. Hubo una partición de 130 personas entre niños, jóvenes, adultos y adulto mayor.



ACTIVIDAD: Evento Masivo
FECHA: 12/06/2025



ACTIVIDAD: Evento Masivo
FECHA: 12/06/2025

ACTIVIDAD 9

Brindar apoyo en las actividades orientadas por el Gestor(a) o Articulador HEVS o VAS tales como: capacitaciones, reuniones, pruebas físicas, etc.

Descripción de las Actividades realizadas Durante el periodo de **01/06/2025 al 30/06/2025** Se asistió a la reunión virtual convocada por el gestor Charlie Hernández el día 19 de Junio de 2025 en horas de la mañana, donde se tocaron temas acerca de la entrega de informes, entrega de cuentas, revisión del link de caracterización y fechas de reuniones futuras. Por otro lado se realiza la segunda jornada de actividad física el día 27 de junio de 2025, los temas a orientar y desarrollar son: métodos de construcción coreográfica y rumba aeróbica, teniendo en cuenta los diferentes métodos de construcción coreográfica.



Reunión Virtual
Fecha: 19/06/2025



Capacitación
Fecha: 27/06/2025

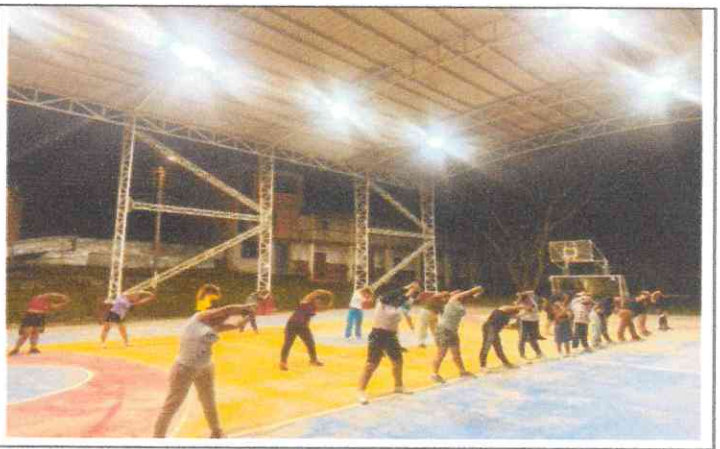
ACTIVIDAD 10

Brindar apoyo en las actividades programadas por el ente deportivo y garantizar la continuidad de las actividades de los grupos de actividad física a través de la capacidad instalada que se ha generado en el o los municipios a cargo

Durante el periodo **01/06/2025 al 30/06/2025** Se apoyó en la primera ciclovía de Florencia realizada por la articuladora VAS Shirly Velasco, la actividad tuvo una duración de 2 horas donde se cerraron vías alternas que permitieron el paso tranquilo para los participantes de la ciclovía, se contó con el apoyo de la alcaldía municipal, coordinación de deporte, policía nacional. Por otro lado se da continuidad a las actividades regulares en los diferentes grupos conformados en el municipio.



CICLOVÍA FLORENCIA
Fecha:20/06/2025



GRUPO REGULAR FLORENCIA ACTIVA
17/06/2025

ACTIVIDAD 11

Apoyar en el diseño, planeación y ejecución del sistema de capacitación territorial que se llevará a cabo en la vigencia 2025, de acuerdo a las orientaciones dadas por el Gestor(a) de Hábitos y Estilos de Vida Saludable.

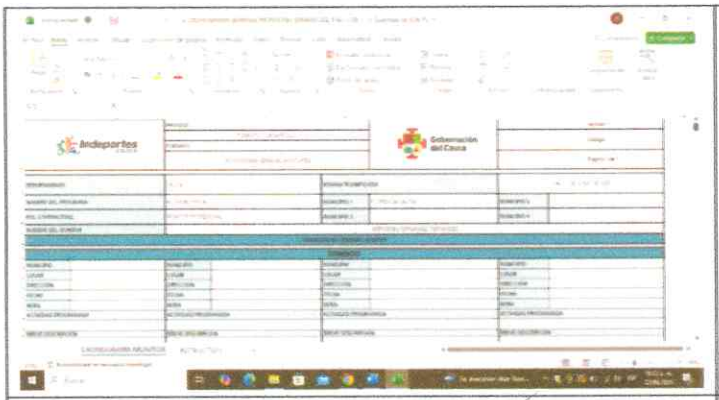
Durante el periodo de **01/06/2025 al 30/06/2025** se apoya al gestor departamental del programa de actividad física de indeportes cauca Charlie Hernández, en el diseño y planeación de un sistema de capacitación territorial que fortalecerá las competencias técnicas y metodológicas de los monitores del programa en el departamento del cauca como parte de esta estrategia, se llevaran a cabo jornadas de capacitación en cinco días en las regiones, norte, centro y sur del departamento. Estas jornadas incluirán información en temáticas claves como gimnasia aeróbica musicalizada, rumba aeróbica musicalizada y artes marciales mixtas, con un enfoque dinámico y participativo orientado a mejorar la calidad de intervención comunitaria. Las fechas de las capacitaciones a un están por definir.

Estas acciones representan un avance significativo en la consolidación del sistema de capacitación territorial, permitiendo mejora continua del proyecto y garantizando una mayor efectividad en la promoción de estilos de vida saludables. Además, contribuirán al desarrollo de capacidades locales, al empoderamiento del talento humano y al fortalecimiento de las comunidades a través del movimiento y la recreación.

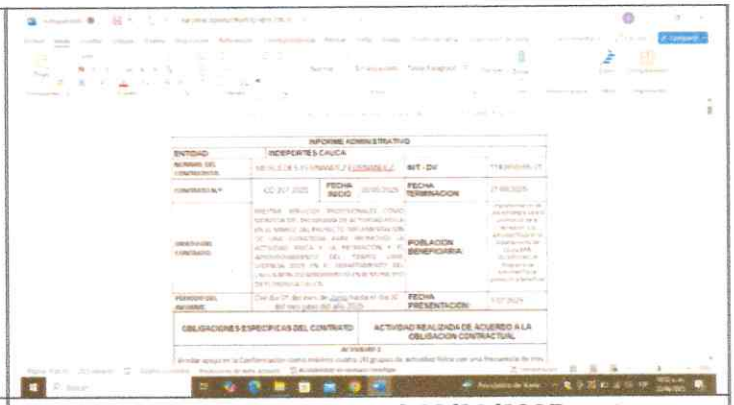
ACTIVIDAD 12

Entregar los informes mensuales, cronogramas semanales y demás documentos solicitados por el gestor(a) o Articulador(a) HEVS en los tiempos establecidos por el ente deportivo. Estos informes deben enviarse al gestor(a) o Articulador(a) HEVS para su revisión.

Durante el periodo de **01/06/2025 al 30/06/2025** Se realizan y se hace entrega de los cronogramas semanales comprendidos entre la fecha del 1 al 30 de Junio, junto al informe mensual con sus respectivos anexos. Cabe resaltar que algunas fechas de actividades plasmadas en los cronogramas son tentativas ya que algunas fechas de actividades suelen modificase por diferentes situaciones que se puedan presentar.



30/06/2025 cronograma semanal

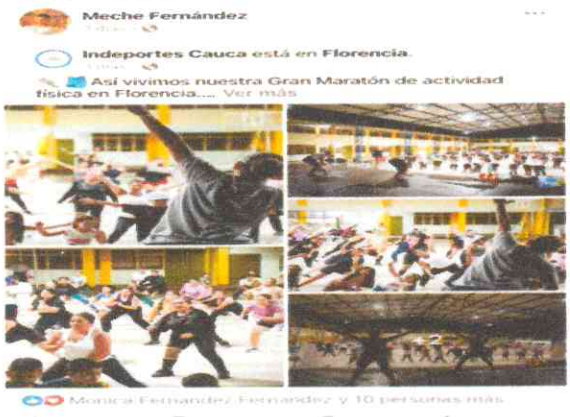


Entrega de informe mensual 30/06/2025

ACTIVIDAD 13

Las demás actividades que designe la gerente de Indeportes-Cauca, las cuales estén dentro de la órbita del contrato.

Durante el periodo de **01/06/2025 al 30/06/2025 Se** estuvo presto a las necesidades que el instituto requería para la realización de diferentes actividades durante el mes de junio2025, se entregó cronogramas, formatos de caracterización, se asistió a las reuniones programadas, se hizo el registro de usuarios y se realizaron las actividades asignadas por el Instituto. Por otro lado, se apoya al instituto Indeportes Cauca por medio redes socilaes como facebook y whatsapp a compartir publicaciones con el fin de dar mayor visibilidad en la población.



FACEBOOK 22/06/2025



WHATSAPP 26/06/2025

Meche

NOMBRE DEL CONTRATISTA
MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ
CC: 1061703693
CONTRATO N. 207 DE 2025

Revisado por: Charlie Hernández Ordoñez- gestor departamental Programa de Actividad Física

ANEXOS

NOMBRE	NUMERO DE HOJAS
FORMATOS DE SEGUIMIENTO	12
EVENTOS DE PROMOCIÓN	4
FUERTEMENTE ACTIVOS	1
ASESORIAS A INSTITUCIONES	13
EVENTO MASIVO	4
CRONOGRAMAS	4
INFORME ADMINISTRATIVO	15
INFORME ESTADISTICO	24
HOJA DE ANEXO	1

INFORME ADMINISTRATIVO ESTADISTICO A PLANEACIÓN					
ENTIDAD:	**INDEPORTES CAUCA**				
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ			**NIT - DV**	1.061.703.693
CONTRATO N.º:	207-2025	**FECHA INICIO**	09/05/2025	**FECHA TERMINACION:**	31/08/2025
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MONITOR DEL PROGRAMA DE ACTIVIDAD FISICA EN EL MARCO DEL PROYECTO IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA PARA PROMOVER LA ACTIVIDAD FÍSICA Y LA RECREACIÓN Y EL APROVECHAMIENTO DEL TIEMPO LIBRE VIGENCIA 2025 EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA BPIN 202400000005533 EN EL MUNICIPIO DE FLORENCIA			**POBLACIÓN BENEFICIARIA:**	IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA PARA PROMOVER LA ACTIVIDAD FÍSICA Y LA RECREACIÓN Y EL APROVECHAMIENTO DEL TIEMPO LIBRE VIGENCIA 2025 EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA BPIN 202400000005533 EN EL MUNICIPIO DE FLORENCIA Programa de Actividad Física- población a beneficiar 25.615 PERSONAS.
PERIODO DEL INFORME:	Del día 09 del mes de mayo hasta el día 30 del mes Junio del año 2025			**FECHA PRESENTACIÓN:**	01/07/2025

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATO	ACTIVIDAD REALIZADA DE ACUERDO A LA OBLIGACIÓN CONTRACTUAL

ACTIVIDAD 4:

Brindar apoyo en la entrega de un informe inicial a la oficina de planeación de la caracterización realizada a los grupos regulares y no regulares en los formatos establecidos por el ente deportivo donde se evidencia la estadística al segundo mes de la vigencia del proyecto, evidenciado el tamizaje inicial teniendo en cuenta el IMC, PERIMETRO ABDOMINAL, CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, CONSUMO DE TABACO Y PERSONAS con objetivos, alcance y las recomendaciones del trabajo a realizar con los grupos y finalizada la vigencia un informe final con conclusiones, cambios comportamentales y tamizaje final.

INTRODUCCIÓN

En base a las sugerencias de la OMS, que recomienda, la práctica regular de actividad física entre 150 minutos a 300 a la semana, consumir 5 porciones entre frutas y verdura al día, y práctica de hábitos saludables. Desde Indeportes Cauca junto a su programa de actividad física promueve espacios que permiten a la población cauca realizar prácticas seguras de actividad física, orientaciones básicas en alimentación saludable, y permite a los usuarios llevar un control de su peso, perímetro abdominal, consumo de frutas y verduras.

Cabe mencionar que las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT)) son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo. El término, enfermedades no transmisibles se refiere a un grupo de enfermedades que no son causadas principalmente por una infección aguda, sino por factores de riesgo no modificables como la edad, antecedentes familiares, raza, y factores de riesgo modificables como el sedentarismo, consumo de alcohol, consumo de tabaco, mala alimentación. Y es en ahí, en los factores de riesgo modificables, donde el programa de actividad física de Indeportes Cauca interviene de forma directa por medio de los monitores que orientan sesiones de actividad física musicalizada, promocionan hábitos saludables fomentando el cambio de conducta para mejorar la salud y el bienestar de las personas. Esto se logra a través de la educación, la información y la creación de entornos favorables, que por medio de las estrategias del programa se están realizando.

De acuerdo a lo anterior, la Organización Mundial de la Salud (OMS) para realizar un diagnóstico de una persona, propone tener en cuenta la estimación en el consumo de tabaco, la ingesta de alcohol, el estado nutricional y los niveles de actividad física, peso, talla (IMC) y perímetro abdominal. Teniendo en cuenta lo mencionado, el programa de actividad física de Indeportes Cauca, por medio de su ficha de inscripción y tamizaje al programa, permite al monitor tener un diagnóstico para conocer la condición, hacer un seguimiento, proponer objetivos a corto, mediano y largo plazo, por otro lado, se obtienen estadísticas de las condiciones de la población cauca que se integra a estos grupos regulares y no regulares de actividad física de manera gratuita.

OBJETIVO GENERAL

Caracterizar los factores de riesgo modificables, medidas antropométricas, enfermedades no transmisibles de los grupos regulares y no regular del municipio de Florencia.

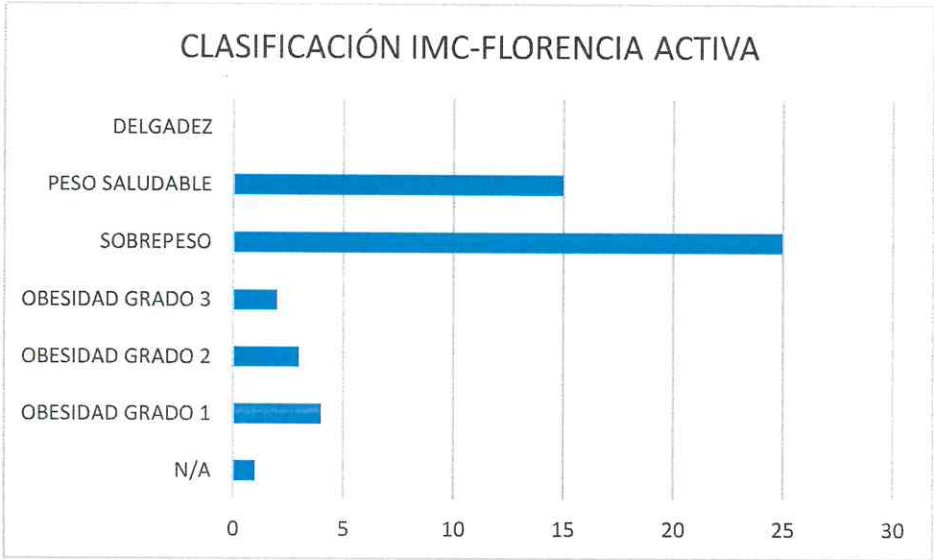
OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar el estado antropométrico (IMC, perímetro abdominal) de los usuarios de los grupos regulares y no regular.
- Determinar la frecuencia y duración de la práctica de actividad física en cada uno de los usuarios de los grupos.
- Determinar el consumo de frutas y verduras al día por cada uno de los usuarios del programa.
- Identificar el consumo de tabaco en cada una de las personas del programa
- Identificar las personas que presentan diabetes e HTA como también las diferentes patologías que se presentan cada una de las personas de los grupos de actividad física

ESTADISTICAS GENERALES

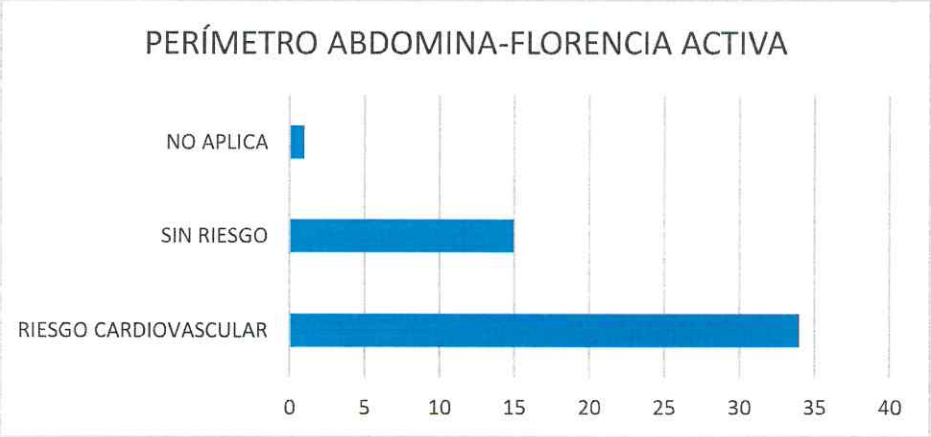
- **GRUPO REGULAR FLORENCIA ACTIVA:** 50 personas tamizadas

Gráfica N.1



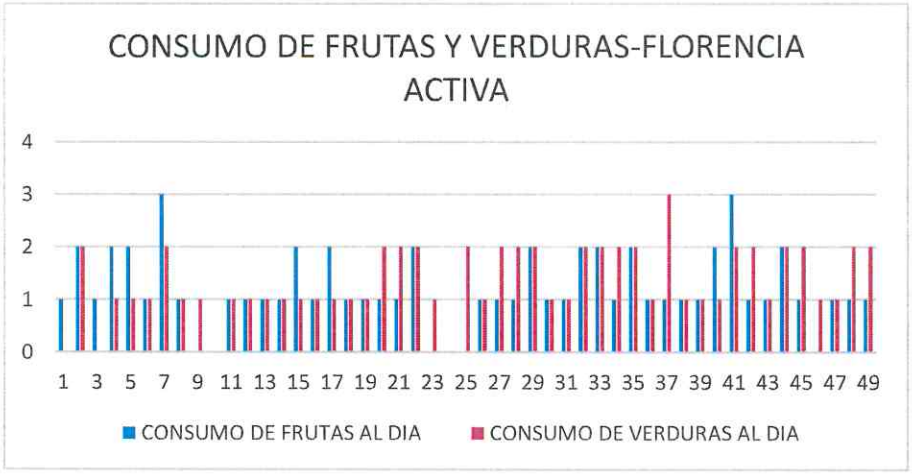
Se observa en la gráfica N.1 que, se hizo toma de peso y talla a los 50 usuarios que conforman el grupo Florencia Activa, y según su IMC se clasifican de la siguiente forma: 15 usuarios se encuentran en peso saludable lo que corresponde al 32% del grupo. 25 usuario se encuentra en sobrepeso, lo que corresponde al 50% del grupo. 2 usuarios se encuentran en obesidad grado 3, lo que corresponde al 4% del grupo. 3 usuarios se encuentran en obesidad grado 2, lo que corresponde al 6% del grupo, 4 usuarios se encuentran en obesidad grado 1, lo que corresponde al 8% del grupo.

Gráfica N. 2



Se observa en la gráfica número 2 que se les hizo la toma de perímetro abdominal a los 50 usuarios que conforman el grupo Florencia activa, y la gráfica indica que: 15 usuario se encuentra sin riesgo cardiovascular y que corresponde al 30% del grupo. 34 usuarios se encuentran riesgo cardiovascular y corresponde al 68% del grupo.

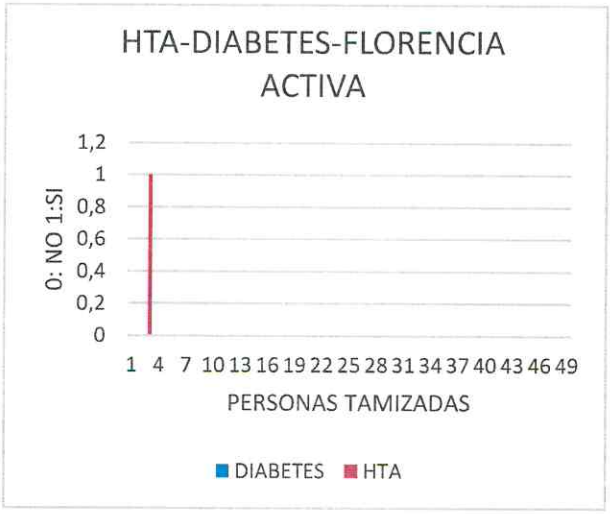
Gráfica N. 3



La gráfica N. 3 indica que 29 usuarios consumen 1 porción de fruta y una porción de verdura que corresponde al 58% del grupo, 18 usuarios consumen 2 porciones de fruta y 2 porciones que corresponde al 36% de la

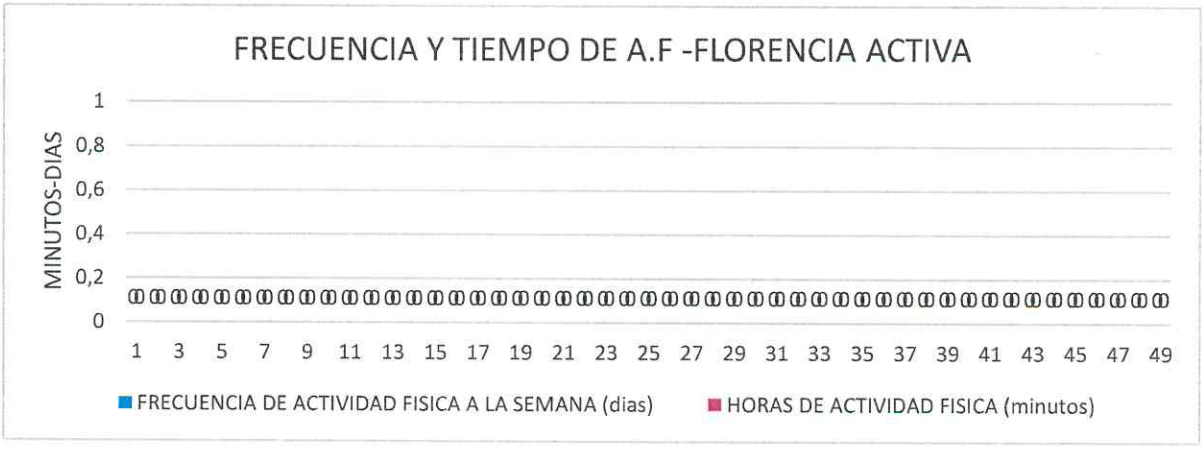
población. 3 usuarios consumen 3 porciones de fruta y 2 de verdura que corresponde al 6% de la población, cumpliendo con la cantidad recomendad según la OMS, 5 porciones entre frutas y verdura al día.

Gráfica N.4



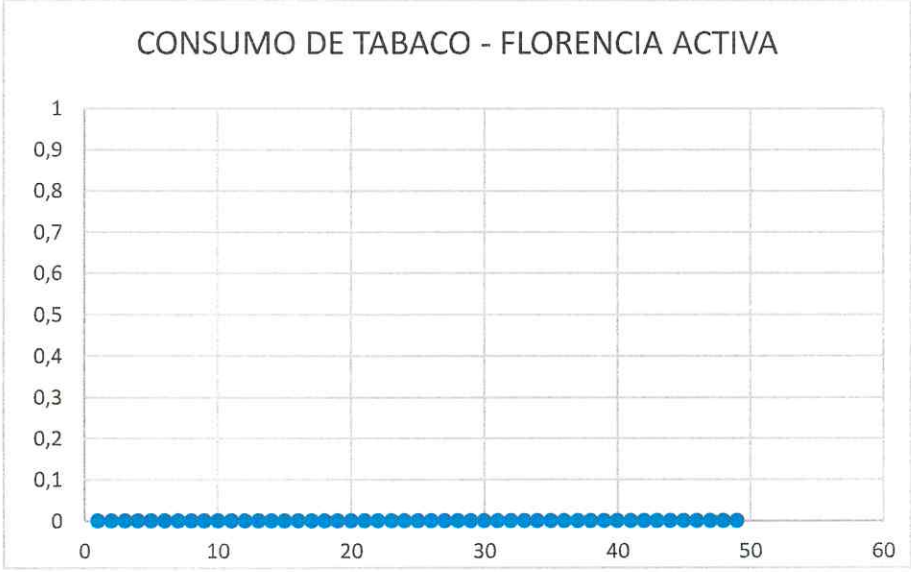
En la gráfica N.4 se observa que, 1 de las personas tamizadas se encuentra con hipertensión Arterial que corresponde al 2% del grupo, según la gráfica N.4 las 48 personas no han sido diagnosticadas con HTA O DIABETES, corresponde al 98% de la población del grupo. Por otro lado, en el grupo Florencia Activa no se presentaron otras enfermedades.

Gráfica N.5



Teniendo en cuenta la gráfica N. 5, se observa que los 50 usuarios que hacen parte del grupo Florencia Activa, no realizan actividad física, mencionando que retomas actividades inmediatamente comienza el programa de actividad física en Florencia.

Gráfica N.6



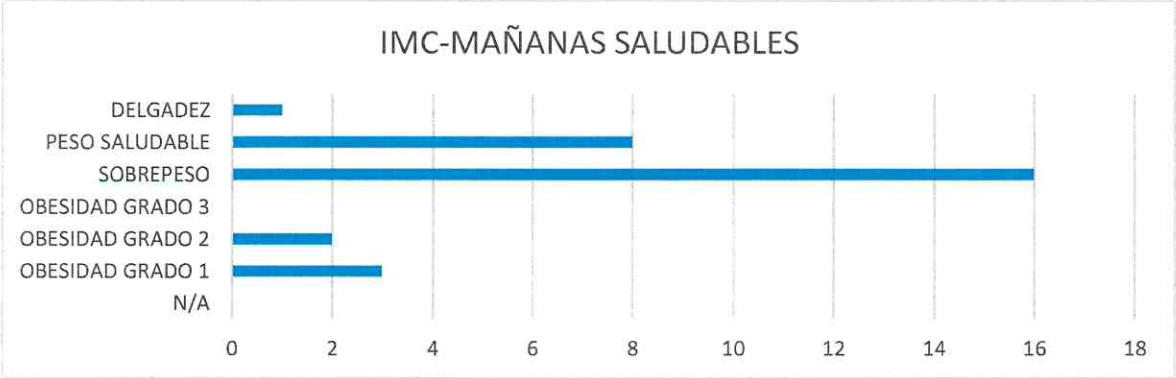
Teniendo en cuenta la gráfica N. 6 se observa que de las 50 personas tamizadas el 100% manifiestan no consumir tabaco, ni estar expuestas al humo de tabaco, cumpliendo así con la protección de espacios 100% libres de humo de tabaco (ley 1335 del 2009).

CONCLUSICONES Y RECOMENDACIONES

- Teniendo en cuenta los datos obtenidos a partir del tamizaje realizado a las 50 personas que conforma el grupo regular Florencia activa, se deduce que en su mayoría se encuentra en un peso y un perímetro abdominal no saludable, no consumen la cantidad de frutas y verduras al día recomendables, tampoco cumplen con el mínimo de actividad física diaria, por otro lado, se evidencia algo favorable, y es el no consumo de tabaco. Por Ello, las recomendaciones a tener en cuenta y sugerir a los usuarios que hacen parte de este grupo es, comenzar a realizar actividad física entre150 a 300 minutos a la semana, consumir 5 porciones entre frutas y verduras al día, seguir protegiendo los espacios 100% libres de humo de tabaco. En cuanto al tema de alimentación disminuir el consumo de azucares y grasas saturadas, aumentar el consumo de agua, descansar bien, cuidar el estado emocional.

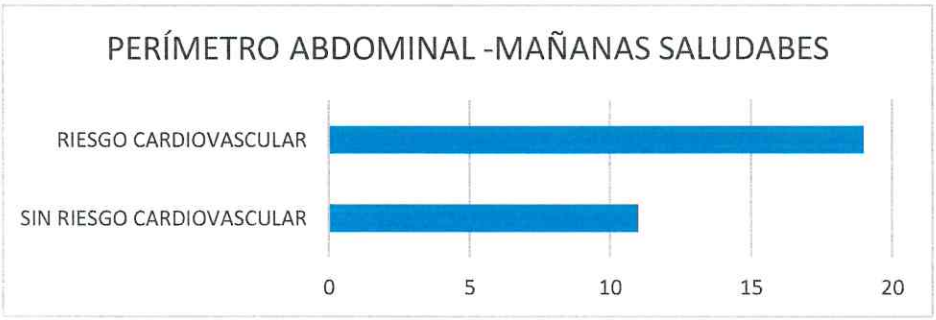
- **GRUPO REGULAR MAÑANAS SALUDABLES:** 30 personas tamizadas

Gráfica N.1



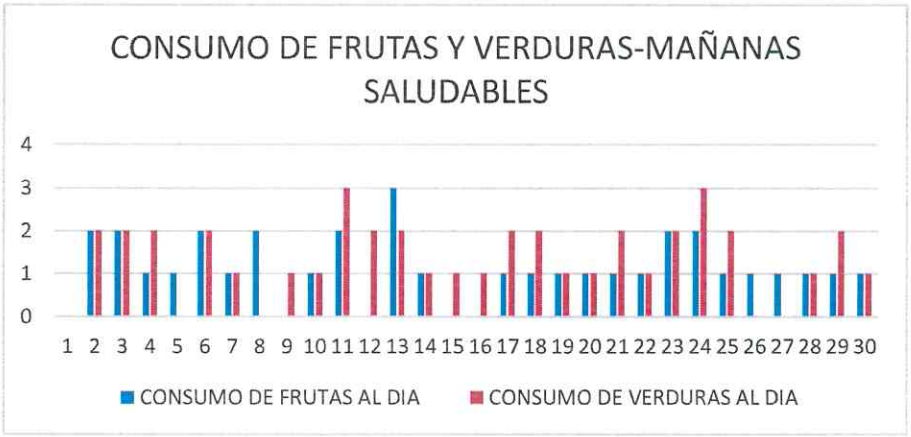
Teniendo en cuenta la gráfica N. 1 Se observa que, 30 personas fueron tamizadas en el grupo Mañanas saludables y los datos obtenidos fueron los siguientes. 1 persona se clasifica en delgadez, corresponde al 2%, 8 personas se clasifican en peso saludable, que corresponde al 26,6% del grupo, 16 usuario se encuentra en sobrepeso, corresponde al 53.3%, 2 personas se clasifican en obesidad grado 2, corresponde al 4% del grupo y finalmente 3 personas se encuentra en obesidad grado 1 y corresponde al 6% del grupo.

Gráfica N. 2



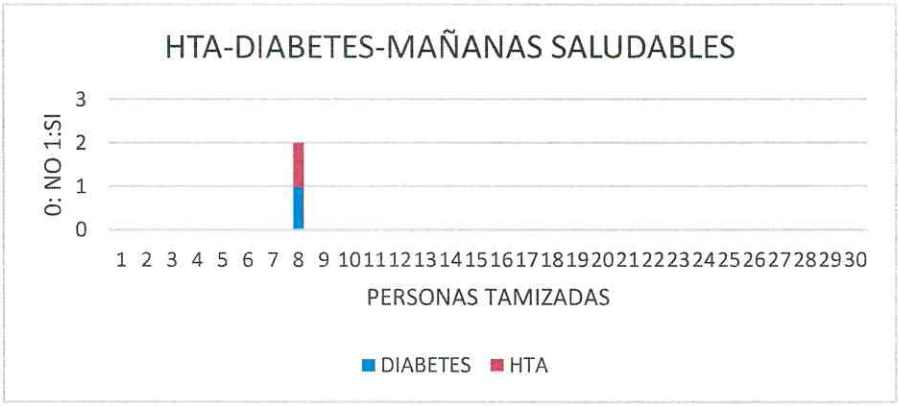
Se observa en la gráfica número 2 que se les hizo la toma de perímetro abdominal a los 30 usuarios que conforman el grupo mañanas saludables, y la gráfica indica que: 11 usuario se encuentra sin riesgo cardiovascular y que corresponde al 36,6% del grupo. 19 usuarios se encuentran riesgo cardiovascular y corresponde al 63.3% del grupo.

Gráfica N. 3



La gráfica N. 3 indica que 20 usuarios consumen 1 porción de fruta y una porción de verdura que corresponde al 66,6% del grupo, 7 usuarios consumen 2 porciones de fruta y 2 porciones que corresponde al 23,3% de la población. 3 usuarios consumen 3 porciones de fruta y 2 de verdura que corresponde al 3% de la población, cumpliendo con la cantidad recomendad según la OMS, 5 porciones entre frutas y verdura al día.

Gráfica N. 4



En la gráfica N.4 se observa que, 1 de las personas tamizadas se encuentra con hipertensión Arterial y diabetes que corresponde al 3,3 % del grupo, según la gráfica N.4 las 29 personas no han sido diagnosticadas con HTA O DIABETES, corresponde al 97.7% de la población del grupo. Por otro lado, en el grupo mañanas saludables no se presentaron otras enfermedades

Gráfica N.5



Teniendo en cuenta la gráfica N. 5, se observa que los 30 usuarios que hacen parte del grupo Mañanas saludables, 1 persona realiza actividad física de forma regular (5 días a la semana), dedicando una hora diaria, corresponde al 3.3% del grupo, por otro lado 29 personas no realizan actividad física correspondiente al 96,7%, mencionando que retoman actividades inmediatamente comienza el programa de actividad física en Florencia.

Gráfica N. 6



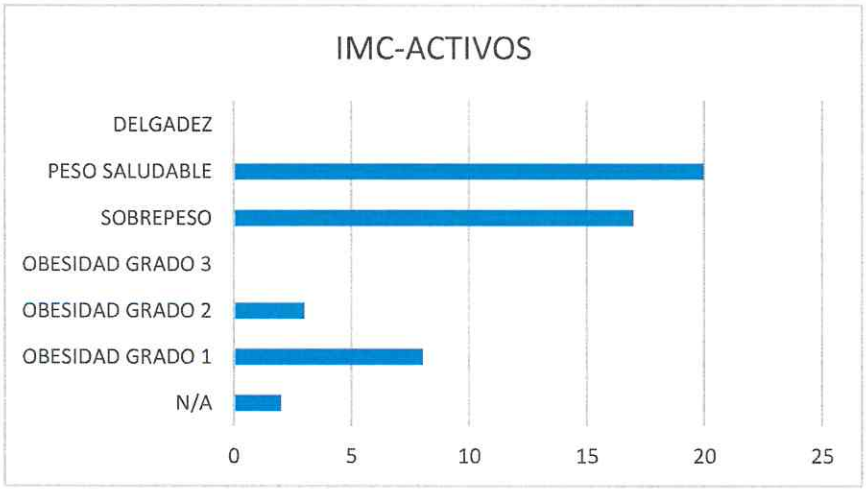
Teniendo en cuenta la gráfica N. 6 se observa que de las 30 personas tamizadas el 100% manifiestan no consumir tabaco, ni estar expuestas al humo de tabaco, cumpliendo así con la protección de espacios 100% libres de humo de tabaco (ley 1335 del 2009).

CONCLUSINES Y RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta los datos obtenidos a partir del tamizaje realizado a las 30 personas que conforma el grupo regular Mañanas saludables, se deduce que en su mayoría se encuentra en un peso y un perímetro abdominal no saludable, no consumen la cantidad de frutas y verduras al día recomendable, tampoco cumplen con el mínimo de actividad física diaria, por otro lado, se evidencia algo favorable, y es el no consumo de tabaco. Por Ello, las recomendaciones a tener en cuenta y sugerir a los usuarios que hacen parte de este grupo es, comenzar a realizar actividad física entre150 a 300 minutos a la semana, consumir 5 porciones entre frutas y verduras al día, seguir protegiendo los espacios 100% libres de humo de tabaco. En cuanto al tema de alimentación disminuir el consumo de azucares y grasas saturadas, aumentar el consumo de agua, descansar bien, cuidar el estado emocional.

GRUPO REGULAR ACTIVOS: 50 PERSONAS TAMIZADAS

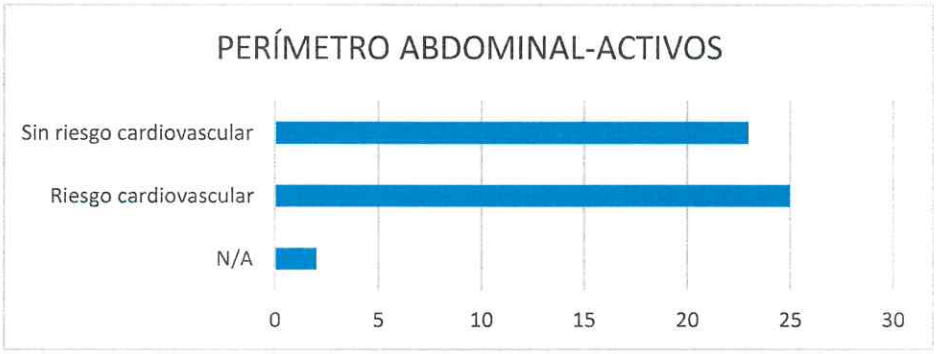
GRÁFICA N. 1



Teniendo en cuenta la gráfica N. 1 Se observa que, 50 personas fueron tamizadas en el grupo activos y los datos obtenidos fueron los siguientes. 20 personas se clasifican en peso saludable, que corresponde al 40% del grupo, 17 usuario se encuentra en sobrepeso, corresponde al 34%, 3 personas se clasifican en obesidad grado 2,

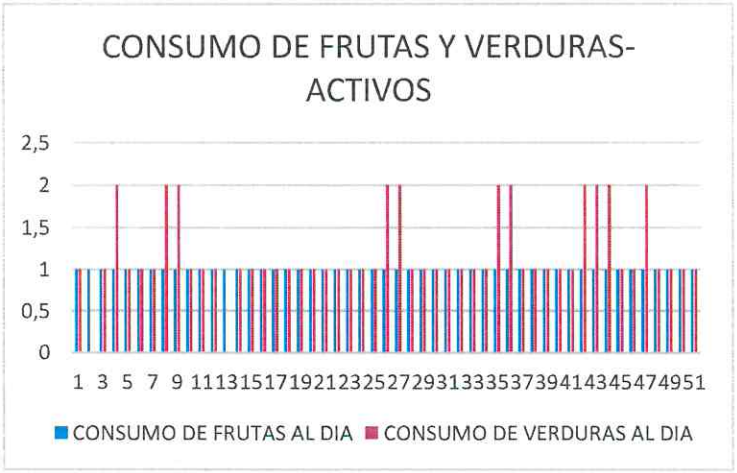
corresponde al 6% del grupo y finalmente 8 personas se encuentra en obesidad grado 1 y corresponde al 16% del grupo.

GRÁFICA N. 2



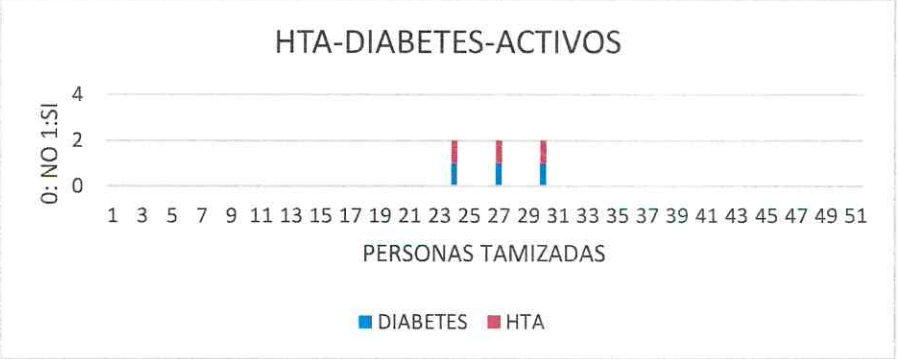
Se observa en la gráfica número 2 que se les hizo la toma de perímetro abdominal a los 50 usuarios que conforman el grupo Activos, y la gráfica indica que: 23 usuario se encuentra sin riesgo cardiovascular y que corresponde al 46% del grupo. 25 usuarios se encuentran riesgo cardiovascular y corresponde al 50% del grupo. 2 de los usuarios no aplica, debido a que son menores de edad, corresponde al 4% del grupo.

Gráfica N. 3



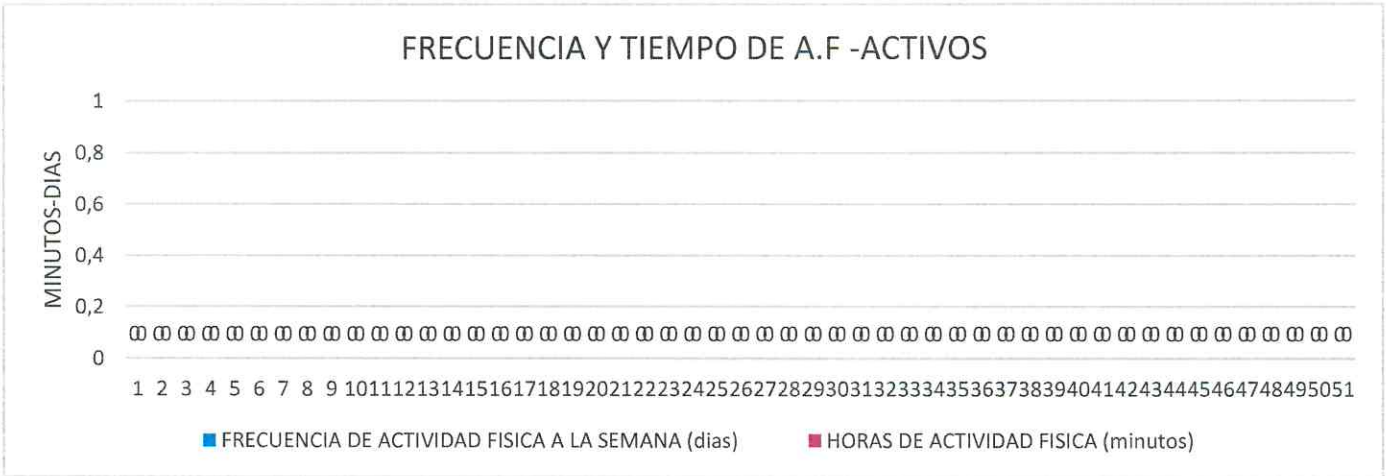
Teniendo en cuenta la gráfica número 3, se observa que de las 50 personas tamizadas en el grupo regular activos 39 personas consumen entre 1 porción de fruta y 1 de verdura y corresponde al 78%, 11 consumen 2 porciones de verdura al día que corresponde al 22% del grupo. (5 porciones al día). No cumplen con el consumo recomendado por la OMS (5 porciones entre frutas y verduras al día).

Gráfica N. 4



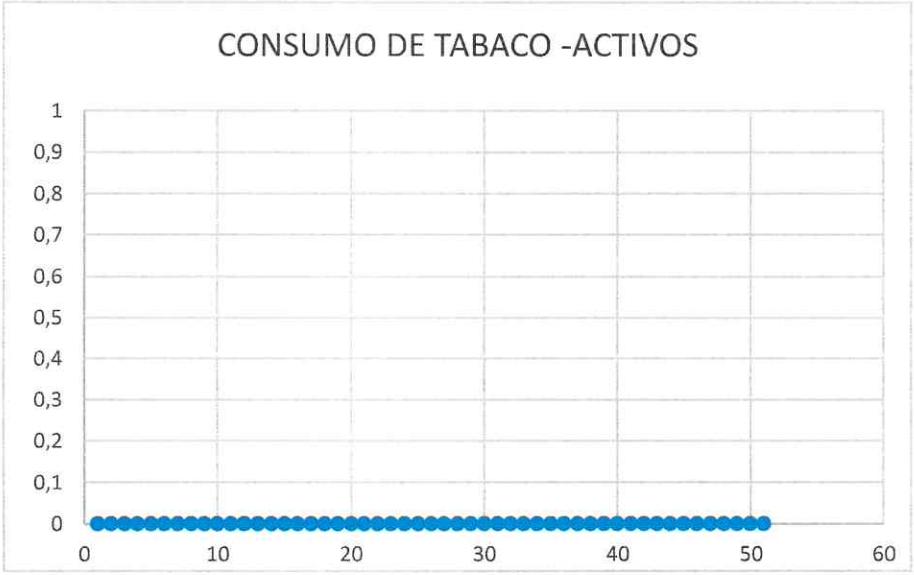
En la gráfica N.4 se observa que, 3 de las personas tamizadas se encuentra con hipertensión Arterial y diabetes que corresponde al 6% % del grupo, por otro lado, las 47 personas no han sido diagnosticadas con HTA O DIABETES, corresponde al 94% de la población del grupo. En el grupo Activos los usuarios no manifiestan otras patologías.

Gráficas N.5



Teniendo en cuenta la gráfica N. 5, se observa que los 50 usuarios que hacen parte del grupo Activos, no realizan actividad física, mencionando que retomas actividades inmediatamente comienza el programa de actividad física en Florencia.

Gráfica N. 6



Teniendo en cuenta la gráfica N. 6 se observa que de las 50 personas tamizadas el 100% manifiestan no consumir tabaco, ni estar expuestas al humo de tabaco, cumpliendo así con la protección de espacios 100% libres de humo de tabaco (ley 1335 del 2009).

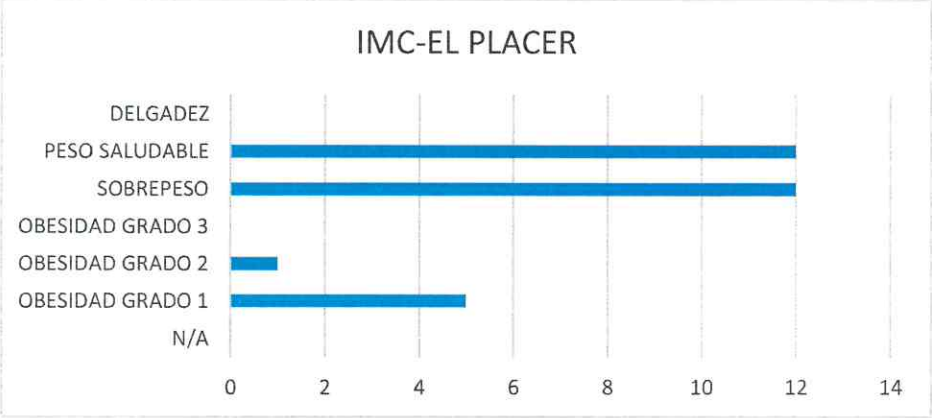
RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES

- Teniendo en cuenta los datos obtenidos a partir del tamizaje realizado a las 50 personas que conforma el grupo regular Activos, se deduce que en su mayoría se encuentra en un peso y un perímetro abdominal no saludable, no consumen la cantidad de frutas y verduras al día recomendable, tampoco cumplen con el mínimo de actividad física diaria, por otro lado, se evidencia algo favorable, y es el no consumo de tabaco. Por Ello, las recomendaciones a tener en cuenta y sugerir a los usuarios que hacen parte de este grupo es, comenzar a realizar actividad física entre150 a 300 minutos a la semana, consumir 5 porciones entre frutas y verduras al día, seguir protegiendo los espacios 100% libres de humo de tabaco. En cuanto

al tema de alimentación disminuir el consumo de azucares y grasas saturadas, aumentar el consumo de agua, descansar bien, cuidar el estado emocional.

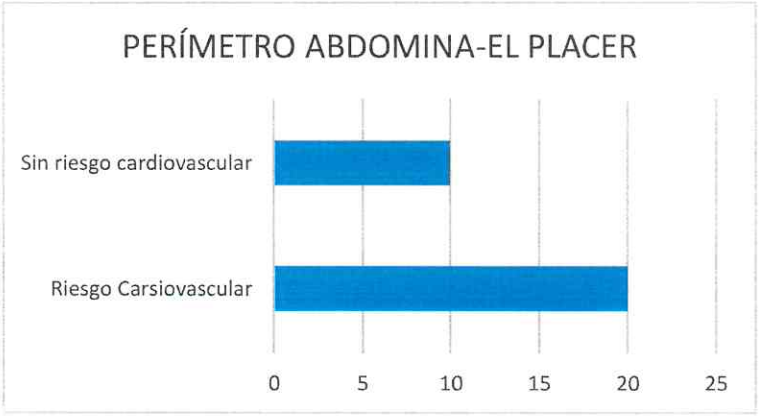
GRUPO REGULAR EL PLACER: 30 PERSONAS TAMIZADAS

Gráfica N. 1



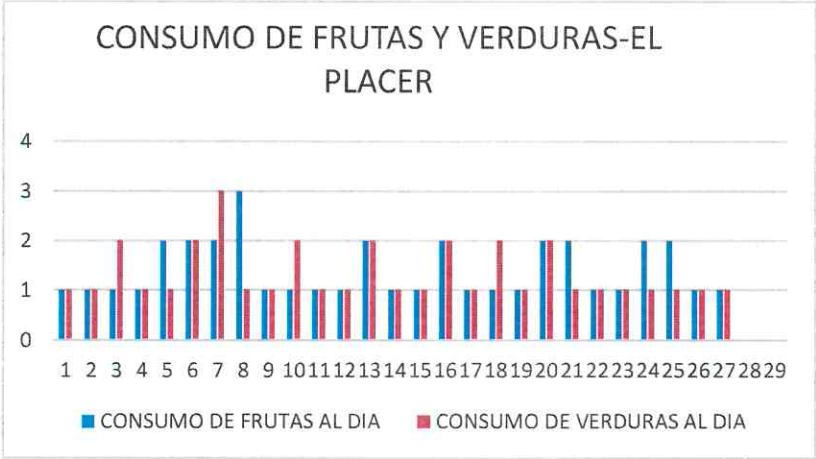
Teniendo en cuenta la gráfica N. 1 Se observa que, 30 personas fueron tamizadas en el grupo El placer y los datos obtenidos fueron los siguientes. 12 personas se clasifican en peso saludable, que corresponde al 40% del grupo, 12 usuario se encuentra en sobrepeso, corresponde al 40%, 1 personas se clasifican en obesidad grado 2, corresponde al 3,3% del grupo y finalmente 5 personas se encuentra en obesidad grado 1 y corresponde al 16,6% del grupo.

Gráfica N. 2



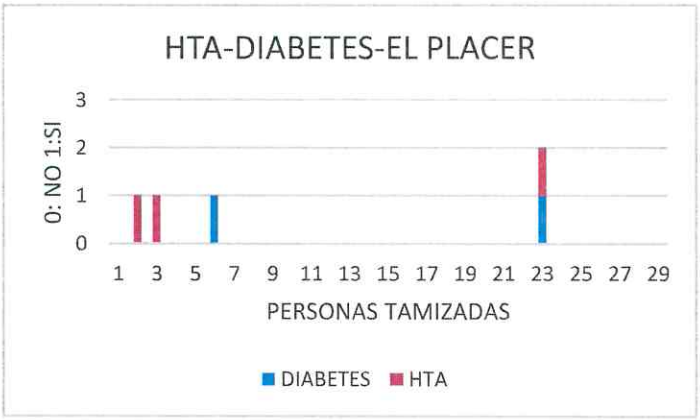
Se observa en la gráfica número 2 que se les hizo la toma de perímetro abdominal a los 30 usuarios que conforman el grupo El placer, y la gráfica indica que: 10 usuario se encuentra sin riesgo cardiovascular y que corresponde al 33,4% del grupo. 20 usuarios se encuentran riesgo cardiovascular y corresponde al 66,6% del grupo.

Gráfica N. 3



La gráfica N. 3 indica que 16 usuarios consumen 1 porción de fruta y una porción de verdura que corresponde al 53,3% del grupo, 11 usuarios consumen 2 porciones de fruta y 2 porciones que corresponde al 36,6% de la población. 3 usuarios consumen 3 porciones de fruta y 2 de verdura que corresponde al 10% de la población, cumpliendo con la cantidad recomendad según la OMS, 5 porciones entre frutas y verdura al día.

Gráfica N.4



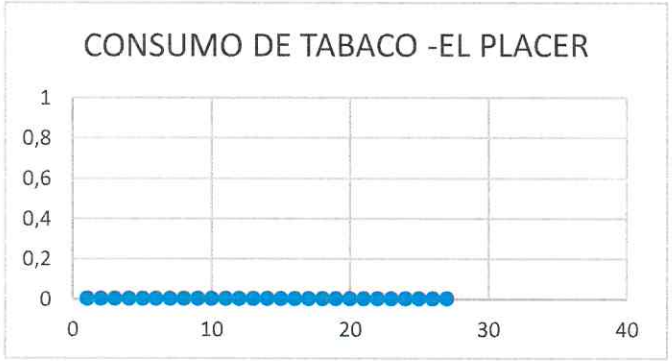
En la gráfica N.4 se observa que, 2 de las personas tamizadas se encuentra con hipertensión Arterial 6,6 % del grupo. 2 de las personas tamizadas se encuentran con diabetes corresponde al 6,6% del grupo, 1 persona se encuentra con diabetes e Hipertensión Arterial y corresponde al 3,3% del grupo, 25 personas no han sido diagnosticadas con estas patologías, corresponde al 83%. Por otro lado, los usuarios del grupo El placer activo manifiestan no tener ninguna otra patología.

Gráfica N. 5



Teniendo en cuenta la gráfica N. 5, se observa que los 30 usuarios que hacen parte del grupo El placer, no realizan actividad física, mencionando que retomas actividades inmediatamente comienza el programa de actividad física en Florencia.

Gráfica N. 6



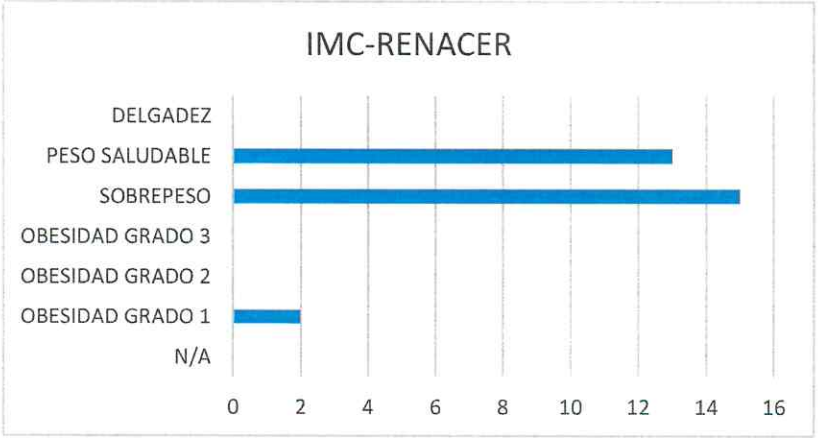
Teniendo en cuenta la gráfica N. 6 se observa que de las 30 personas tamizadas el 100% manifiestan no consumir tabaco, ni estar expuestas al humo de tabaco, cumpliendo así con la protección de espacios 100% libres de humo de tabaco (ley 1335 del 2009).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta los datos obtenidos a partir del tamizaje realizado a las 30 personas que conforma el grupo regular El placer, se deduce que en su mayoría se encuentra en un peso y un perímetro abdominal no saludable, no consumen la cantidad de frutas y verduras al día recomendable, tampoco cumplen con el mínimo de actividad física diaria, por otro lado, se evidencia algo favorable, y es el no consumo de tabaco. Por Ello, las recomendaciones a tener en cuenta y sugerir a los usuarios que hacen parte de este grupo es, comenzar a realizar actividad física entre150 a 300 minutos a la semana, consumir 5 porciones entre frutas y verduras al día, seguir protegiendo los espacios 100% libres de humo de tabaco. En cuanto al tema de alimentación disminuir el consumo de azucares y grasas saturadas, aumentar el consumo de agua, descansar bien, cuidar el estado emocional.

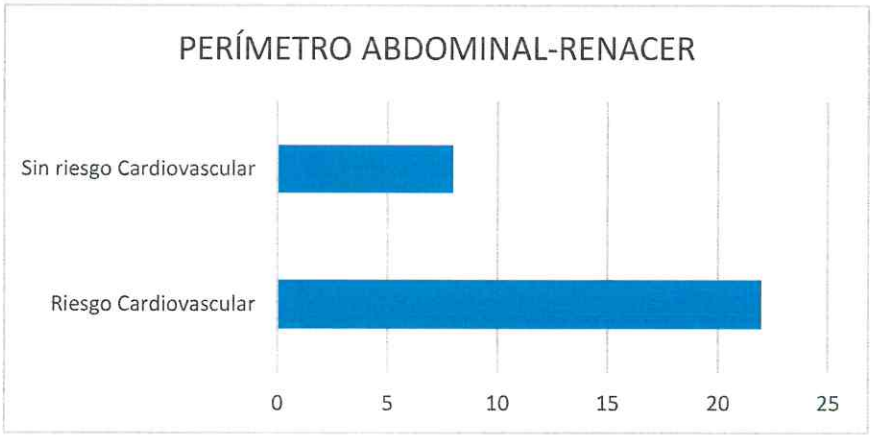
GRUPO NO REGULAR RENACER: 30 PERSONAS TAMIZADAS

Gráfica N. 1



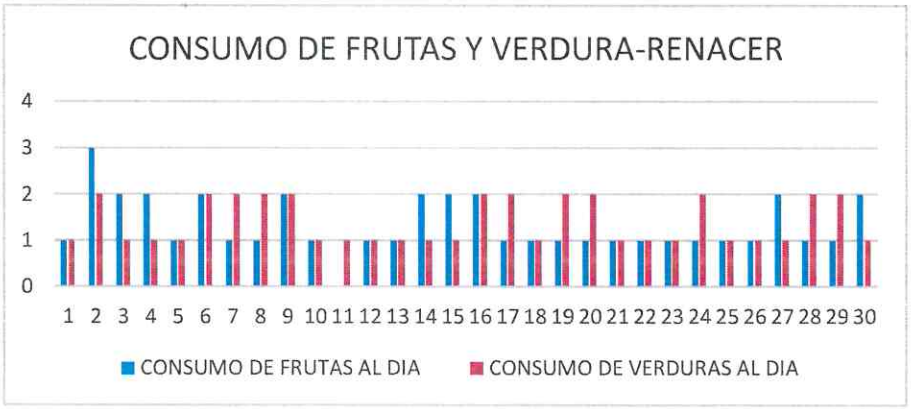
Teniendo en cuenta la gráfica N. 1 Se observa que, 30 personas fueron tamizadas en el grupo no regula Renacer y los datos obtenidos fueron los siguientes. 13 personas se clasifican en peso saludable, que corresponde al 43,3% del grupo, 15 usuario se encuentra en sobrepeso, corresponde al 50%, 2 personas se clasifican en obesidad grado 1, corresponde al 6,6% del grupo.

Gráfica N. 2



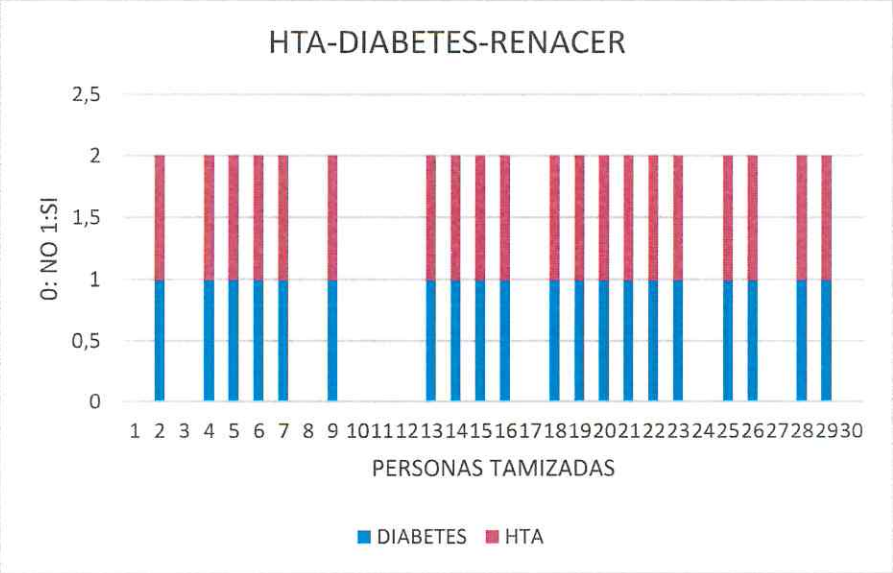
Se observa en la gráfica número 2 que se les hizo la toma de perímetro abdominal a los 30 usuarios que conforman el grupo Renacer, y la gráfica indica que: 8 usuario se encuentra sin riesgo cardiovascular y que corresponde al 26,6% del grupo. 22 usuarios se encuentran riesgo cardiovascular y corresponde al 73,3% del grupo.

Gráfica N. 3



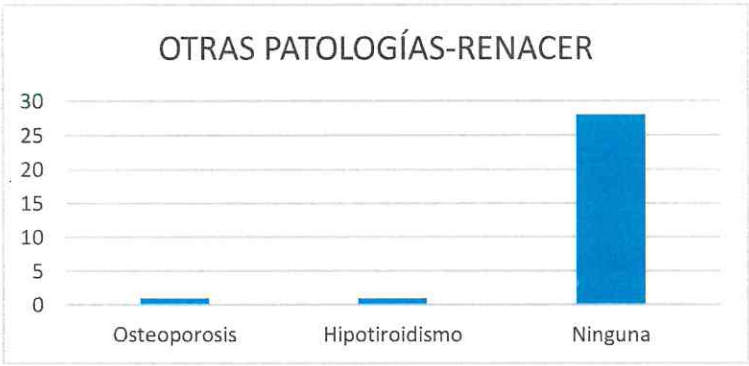
La gráfica N. 3 indica que 11 usuarios consumen 1 porción de fruta y una porción de verdura que corresponde al 36,6% del grupo, 18 usuarios consumen 2 porciones de fruta y 2 porciones que corresponde al 60% de la población. 1 usuarios consumen 3 porciones de fruta y 2 de verdura que corresponde al 3,3% de la población, cumpliendo con la cantidad recomendad según la OMS, 5 porciones entre frutas y verdura al día.

Gráfica N.4



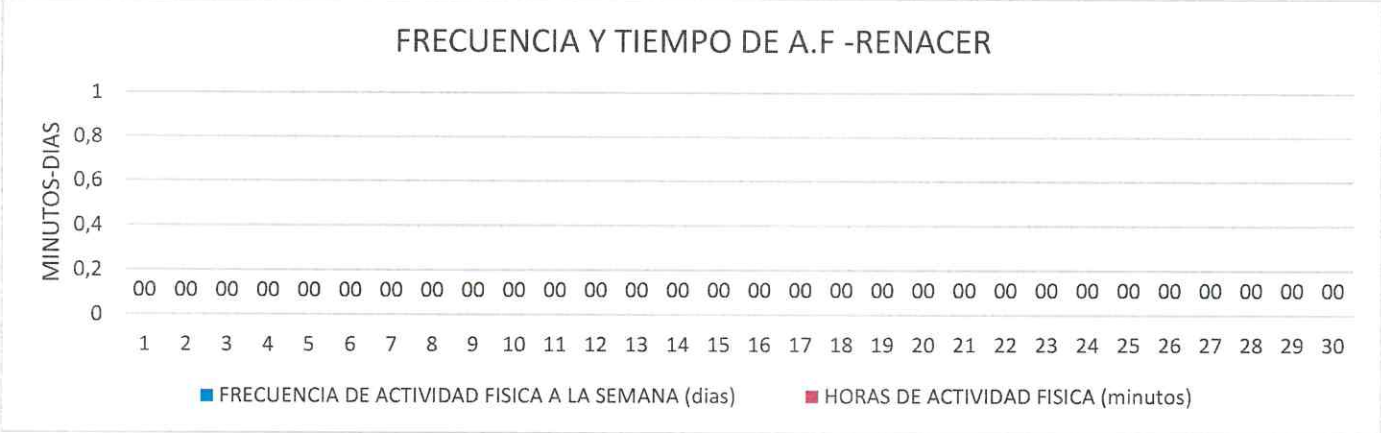
En la gráfica N.4 se observa que, 10 de las personas tamizadas presentan HTA y DIABETES, corresponde al 30 % del grupo, 20 de las personas tamizadas se encuentran con DIABETES e HTA Y corresponde al 70% del grupo.

Gráfica N. 5



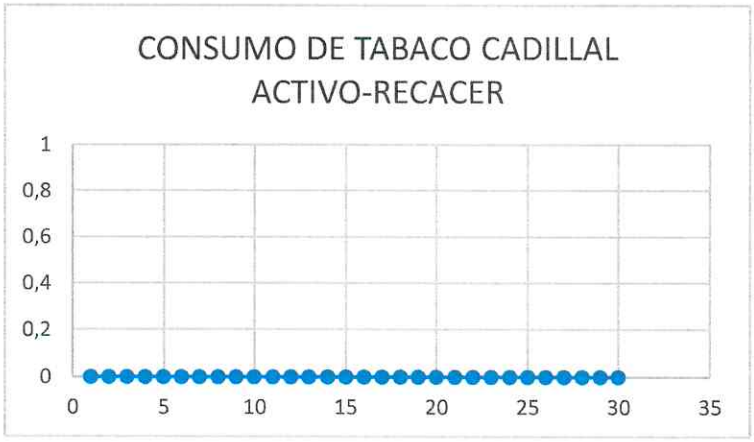
Teniendo en cuenta la gráfica N. 5 de las 30 personas tamizadas en el grupo renacer, 1 de ellas presenta osteoporosis y corresponde al 3,3% del grupo, 1 persona presenta Hipotiroidismo y corresponde al 3,3% del grupo, 28 de las personas tamizadas no presentan ninguna otra patología, y corresponde al 93,3%.

Gráfica N. 6



Teniendo en cuenta la gráfica N. 5, se observa que los 30 usuarios que hacen parte del grupo Renacer, no realizan actividad física, mencionando que retomas actividades inmediatamente comienza el programa de actividad física en Florencia.

Gráfica N. 6



Teniendo en cuenta la gráfica N. 6 se observa que de las 30 personas tamizadas el 100% manifiestan no consumir tabaco, ni estar expuestas al humo de tabaco, cumpliendo así con la protección de espacios 100% libres de humo de tabaco (ley 1335 del 2009).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

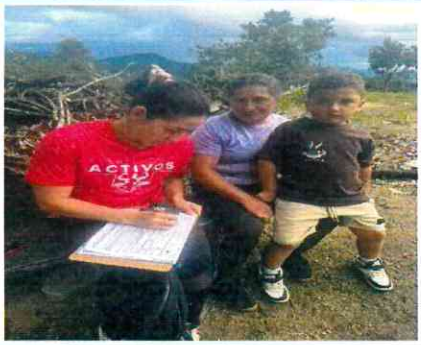
Teniendo en cuenta los datos obtenidos a partir del tamizaje realizado a las 30 personas que conforma el grupo regular El placer, se deduce que en su mayoría se encuentra en un peso y un perímetro abdominal no saludable, no consumen la cantidad de frutas y verduras al día recomendable, tampoco cumplen con el mínimo de actividad física diaria, por otro lado, se evidencia algo favorable, y es el no consumo de tabaco. Por Ello, las recomendaciones a tener en cuenta y sugerir a los usuarios que hacen parte de este grupo es, comenzar a realizar actividad física entre150 a 300 minutos a la semana, consumir 5 porciones entre frutas y verduras al día, seguir protegiendo los espacios 100% libres de humo de tabaco. En cuanto al tema de alimentación disminuir el consumo de azucares y grasas saturadas, aumentar el consumo de agua, descansar bien, cuidar el estado emocional.

CONCLUSIONES GENERALES

Los resultados obtenidos en los grupos regulares y no regulares conformados en el municipio de Florencia Cauca, evidencian una problemática significativa en cuanto a la práctica regular de actividad física, puesto que, se presenta un indicador preocupante, debido a que la mayoría de los usuarios del programa, no practican actividad física de forma regular. Esto indica un alto porcentaje de sedentarismo en la población. Por otro lado, se evidenciaron resultados grandes resultados no favorables en cuanto a la obesidad, sobrepeso, perímetro abdominal en riesgo y poco consumo de frutas y verduras en la dieta diaria. Sin embargo, cabe resaltar que se encontró un resultado positivo, y es el no consumo de tabaco y no exposición al humo de cigarrillo, el 100% de la población de los usuarios que hacen parte del programa no consume tabaco.

Este hallazgo permite identificar un diagnóstico y de esta forma establecer un cronograma direccionado hacia la problemática que se ha identificado en los usuarios con el proceso de tamizaje, por otro lado, permite al usuario ser consciente de su condición y de esta forma podrá tomar medidas con el fin de mejorar y prevenir alguna enfermedad crónica no trasmisible.

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

	
GRUPO REGULAR FLORENCIA ACTIVA	GRUPO REGULAR MAÑANAS SALUDABLES
	
GRUPO REGULAR EL PLACER	GRUPO REGULAR LOS ACTIVOS
	
GRUPO NO REGULAR RENACER	GRUPO NO REGULAR RENACER

NOMBRE DEL CONTRATISTA

MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ
CC: 1061703693
CONTRATO N. 207-2025

Revisado por: Charlie Hernández Ordoñez- Gestor Departamental Programa de Actividad Física

Indeportes CAUCA

PROCESO:

FOMENTO Y DESARROLLO

FORMATO:

FORMATO DE SEGUIMIENTO

Gobernación del Cauca

NOMBRE DEL MONITOR:	MERCEDES FERNANDEZ FERNADEZ	NOMBRE DEL GRUPO (NO) REGULAR:	FLORENCIA ACTIVA	SEMANA			
				DESDE LA SEM :	1 de junio	HASTA LA SEM :	30 de junio
DEPARTAMENTO:	CAUCA	MUNICIPIO:	FLORENCIA	COMUNA:	BARRIO LA PLAZA		

No	NOMBRE	APELLIDO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEM EP:		2 al 6		SEM EP:		9 al 13		SEM EP:		16 al 20		SEM		23 al 27		SEM EP:				TOTAL SESIONES
				1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1	BERENICE	GASPAR	1069698466		x					x		x		x		x	x							6
2	LAURA MARCELA	SALGADO	1061779707			X		x	X	X			x	x			x	x						7
3	MARLY	FUENTES SOCUE	1061086332		x				x	x		x						x						5
4	SANDRA MILENA	FUENTES	1061087333			x		x					x	x		x	x	x						7
5	YAMILETH	ORTEGA ORTIZ	34676725			x			x	x		x	x	x		x								7
6	JANETH	BELTRAN ERAZO	25521994		x	x		x		x		x					x	x						7
7	FLORE DEL ROSARIO	FERNÁNDEZ	25518774						x				x	x		x								4
8	MAIRA ALEHANDRA	ORTEGA ORTIZ	1061086054		x	x		x	x	x		x		x			x	x						9
9	MARIANA	FERNANDEZ	1061089072		x	x		x					x			x		x							6
10	LEIDY YANIHT	BENITEZ ORTEGA	34676679		x			x	x	x		x	x	x			x								6
11	JORGE ARMANDO	GARCÍA LOPEZ	73193123			x			x	x		x				x		x							6
12	SANDRA	NARVAEZ	1061086709		x					x		x	x	x			x								6
13	YULLI	ADAME	1122782222		x	x		x	x	x			x			x		x							8
14	YULLI ANDREA	FERNANDEZ	1061086327			x		x				x	x	x			x								6
15	MARCELY	GARCIA	1087130616		x	x			x	x		x		x		x		x							8
16	DIANA CAROLINA	MORA LEO	1087408314		x			x	x	x			x				x								6
17	MARIA ESPERANZA	GUZMAN	27191199		x	x		x		x		x	x	x		x	x	x							10
18	AIDA	BOLAÑOS	34676248		x	x			x			x	x												5
19	MARTHA MILIENA	LUNA	34676215			x		x		x				x		x	x	x							7
20	ELSY ASTRID	FERNÁNDEZ	34676218		x			x	x			x													4

OBSERVACIONES O NOVEDADES:

Indeportes CAUCA	PROCESO:	Gobernación del Cauca
	FOMENTO Y DESARROLLO	
	FORMATO:	
	FORMATO DE SEGUIMIENTO	

NOMBRE DEL MONITOR:	MERCEDES FERNANDEZ FERNADEZ	NOMBRE DEL GRUPO (NO) REGULAR:	FLORENCIA ACTIVA	SEMANA			
				DESDE LA SEM :	01 DE junio	HASTA LA SEM :	30 DE junio
DEPARTAMENTO:	CAUCA	MUNICIPIO:	FLORENCIA	COMUNA:	BARRIO LA PLAZA		

No	NOMBRE	APELLIDO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEM EP:		2 AL 6		SEM EP:		9 AL 13		SEM EP:		16 AL 20		SEM		23 al 27		SEM EP:				TOTAL SESIONES
				1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1	GILMA	FERNÁNDEZ ÑAÑEZ	34676114						X	X		X				x	x	x						6
2	ANGIE PAOLA	FLORES	1007306224		X					X		X				x	x							5
3	SOFIA	FERNÁNDEZ	1061088683					X				X					x	x						4
4	CARMENZA	BOLAÑOS	27451442		X			X	X							x	x							5
5	YULLI ASTRID	ORDOÑEZ	34676328		X	X		X				X		X		x	x							7
6	DOREYI	PAPAMIJA PAZ	1061086000		X	X		X	X	X		X					x							7
7	MARY LUZ	MUÑOZ NARVAEZ	34676158		X	X		X	X	X		X	X	X		x	x							10
8	DAYANA	ESPAÑA	1061817545			X			X				X				x							4
9	LUISA FERNANDA	ESPAÑA	1061086322		X					X			X				x							4
10	YOLANDA	PEREZ	1061086328		X	X		X	X	X		X	X	X			x							9
11	MARIA TULIA	MAJE	27451229					X	X			X	X			x		x						6
12	MILEN JOHANA	FERNANDEZ GUERRERO	106171179		X	X						X	X	X			x							4
13	YURANY YESENIA	SOLARTE ORTEGA	37060321							X				X		x		x						4
14	ARNEY	MUÑOZ	25521859			X		X	X			X	X				x	x						7
15	MIRIAM DEL CARMEN	LEON ANDRADE	27535271		X	X		X	X	X		X	X				x							8
16	MARIA GLORIA	LUNA GOMEZ	34767162		X	X		X	X	X		X	X	X			x							9
17	HECTOR MARCIAL	MORA	13062682		X	X		X	X	X		X	X			x								8
18	BERENICE	GASPAR	1069698466									X	X			x		x						4
19	FRANCY JULIETH	PINTO	1002965092					X	X	X		X	X	X										6
20	DELMI ENITH	BOLAÑOS	25521956					X	X	X		X	X	X		x	x							8

OBSERVACIONES O NOVEDADES:

Indeportes CAUCA

PROCESO:

FOMENTO Y DESARROLLO

FORMATO:

FORMATO DE SEGUIMIENTO

Gobernación del Cauca

NOMBRE DEL MONITOR:	MERCEDES FERNANDEZ FERNADEZ	NOMBRE DEL GRUPO (NO) REGULAR:	FLORENCIA ACTIVA	SEMANA			
				DESDE LA SEM :	01 DE junio	HASTA LA SEM :	30 DE junio
DEPARTAMENTO:	CAUCA	MUNICIPIO:	FLORENCIA	COMUNA:	BARRIO LA PLAZA		

No	NOMBRE	APELLIDO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEM EP:		2 AL 6		SEM EP:		9 AL 13		SEM EP:		16 AL 20		SEM		23 al 27		SEM EP:				TOTAL SESIONES
				1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1	REBECA	FUENTES	34676084	x					X	X		X	x			x	x							7
2	SOLANYI	IPIALES	34676706		X					X		X				x								4
3	MARIA DOLORES	LOPEZ OBANDO	25292999					X				X	x			x		x						5
4	ADRIANA	ERAZO	34767500		X			X	X	x							x							5
5	SANDRA	GALLARDO	1061086196		X	X		X				X		X										5
6	DIEGO	CORAL	1086754425		X	X		X	X	X		X					x							7
7	YENI ROCIO	GONZALES	1144184810		X	X			X	X		X		X		x		x						8
8	VIVIANA	ERAZO	1061086699			X			X				X			x	x							5
9	NOHORA	CEBALLOS	27276153		X					X			X											3
10	YURI	GOMEZ	1061086486		X	X		X	X	X		X	X	X			x							9
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								

OBSERVACIONES O NOVEDADES:

Indeportes CAUCA

PROCESO:

FOMENTO Y DESARROLLO

FORMATO:

FORMATO DE SEGUIMIENTO

Gobernación del CAUCA

NOMBRE DEL MONITOR:	MERCEDES FERNANDEZ FERNADEZ	NOMBRE DEL GRUPO (NO) REGULAR:	MAÑANAS SALUDABLES	SEMANA			
				DESDE LA SEM :	1 DE JUNIO	HASTA LA SEM :	30 DE JUNIO
DEPARTAMENTO:	CAUCA	MUNICIPIO:	FLORENCIA	COMUNA:	BARRIO LA PLAZA		

No	NOMBRE	APELLIDO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEM EP:		02 AL 06		SEM EP:		09 AL 13		SEM EP:		16 AL 20		SEM		23 AL 27		SEM EP:				TOTAL SESIONES
				1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1	MARIA LIMBANIA	ERAZO	552509		X				X				X	X		X	X	X						9
2	JULIA ANDREA	FERNANDEZ ORDOÑEZ	34676624			X		X		X			X											4
3	SOLANYI	IPIALES	34676706						X	X		X				X	X							5
4	MARIA DOLORES	LOPEZ OBANDO	25292999		X			X		X		X	X	X				X						7
5	YANETH	REALPE GRIJALBA	346766038		X	X		X	X									X						5
6	JULIANA ANDREA	MUÑOZ	1061087787			X				X		X	X			X	X							6
7	JOHANA	ZENON	3476768		X			X				X		X										4
8	DIIEGO	CORAL	1086754425		X	X			X	X			X			X	X							7
9	JORGE ARMANDO	GARCIA LOPEZ	73193123			X		X	X			X						X						5
10	SOLANYI	MARTINEZ CORDOBA	34676115					X		X			X	X			X							5
11	DIANA LUCIA	SOLARTE FERNANDEZ	1007306218		X	X			X			X	X			X		X						7
12	BERTHA	GUERRERO	25521960					X		X							X							3
13	HERMIS	ERAZO	4709339			X		X	X			X		X		X								6
14	SANDRA	NARVAEZ	1061086709		X			X		X		X	X				X	X						7
15	JAZMIN	ERAZO	34676040			X			X					X		X		X							5
16	YURI MARCELA	REALPE	1061088255		X	X				X		X	X				X							5
17	ALI	BENITEZ	34676098					X	X			X						X						4
18	REINA YULIETH	FERNÁNDEZ	1061086324		X	X				X			X				X							5
19	ADRIANA	ERAZO	34767500					X	X			X					X	X						5
20	SANDRA VIVIANA	GALLARDO	1061086186		X	X				X			X											4

OBSERVACIONES O NOVEDADES:

Indeportes CAUCA	PROCESO: FOMENTO Y DESARROLLO FORMATO: FORMATO DE SEGUIMIENTO	Gobernación del CAUCA

NOMBRE DEL MONITOR:	MERCEDES FERNANDEZ FERNADEZ	NOMBRE DEL GRUPO (NO) REGULAR:	MAÑANAS SALUDABLES	SEMANA			
				DESDE LA SEM :	1 DE JUNIO	HASTA LA SEM :	30 DE JUNIO

DEPARTAMENTO:	CAUCA	MUNICIPIO:	FLORENCIA	COMUNA:	BARRIO LA PLAZA

No	NOMBRE	APELLIDO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEM		02 AL 06		SEM EP:		09 AL 13		SEM EP:		16 AL 20		SEM		23 AL 27		SEM EP:				TOTAL SESIONES
				1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1	JENNY ROCIO	GONZALES	1144184810	x		x				x		x	x	x			x							7
2	VIVIANA ERAZO	MARTINEZ	1061086699	x					x	x								x						4
3	NOHORA	CEBALLOS	27276153					x		x		x	x	x		x	x							7
4	YURI	GOMEZ	1061086486		x	x			x	x		x					x	x						7
5	MELBA	ORTEGA	134676206	x				x				x		x										4
6	JULIA ANDREA	FERNANDEZ	34676264	x					x			x	x			x	x	x						7
7	YILENA	QUIÑOMEZ	1193049577		x	x				x				x										4
8	ROSA MARY	GOMEZ	3467623	x				x	x			x	x	x				x						7
9	ANGIE LETICIA	ORTEGA	1061088549		x					x							x							3
10	JAMIETH	BURBANO	1061086183	x		x		x	x			x		x		x								7
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								

OBSERVACIONES O NOVEDADES:

Indeportes CAUCA

PROCESO:

FOMENTO Y DESARROLLO

FORMATO:

FORMATO DE SEGUIMIENTO

Gobernación del Cauca

NOMBRE DEL MONITOR:	MERCEDES FERNÁNDEZ	NOMBRE DEL GRUPO (NO) REGULAR:	ACTIVOS	SEMANA			
				DESDE LA SEM :	1 JUNIO DE 2025	HASTA LA SEM :	30 DE JUNIO
DEPARTAMENTO:	CAUCA	MUNICIPIO:	FLORENCIA	COMUNA:	VEREDA EL PLACER		

No	NOMBRE	APELLIDO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEM EP:		2 AL 6		SEM EP:		9 AL 13		SEM EP:		16 AL 20		SEM		23 AL 27		SEM EP:				TOTAL SESIONES
				1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1	MELBA	ORTEGA	134676206	X	X	X				X		X	X			x	x							8
2	KAREN	CHACON	1002929200			X								X		x								3
3	PAOLA	ORTIZ	3467604	X	X			X	X					X		x		x						7
4	TATIANA	BOLAÑOS	100929139	X					X	X		X		X			x							6
5	NERCY VIVIANA	BRAVO	1004731580			X		X				X		X			x	X						6
6	NASLY MAYOLI	GRIJALBA	1085663491	X				X		X		X				X	X							6
7	BETHY	FERNÁNDEZ	34676246		X	X			X				X	X			X	X						7
8	RUBY	MARTINEZ	34676258	X	X			X		X		X		X		X								7
9	BLANCA ESTELLA	FERNÁNDEZ	25521894		X	X			X				X			X	X							6
10	LILIANA	FUENTES MÑOZ	34767394	X		X			X			X	X	X		X		X						8
11	FRANCY	BURBANO	1085663657					X		X							X							3
12	MARIA FERNANDA	ORTEGA	1061088529	X	X	X		X	X				X	X		X								8
13	MIRTA BOLAÑOS	ORTIZ	48644767	X		X				X		X				X	X							6
14	ERIKA	SOLARTE	1061087789		X			X	X				X	X				X						6
15	GLADYS LUCIA	FERNANDEZ	34676726	X	X			X		X		X		X		X								7
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								

OBSERVACIONES O NOVEDADES:

Indeportes CAUCA

PROCESO:

FOMENTO Y DESARROLLO

FORMATO:

FORMATO DE SEGUIMIENTO

Gobernación del Cauca

NOMBRE DEL MONITOR:	MERCEDES FERNANDEZ FERNADEZ	NOMBRE DEL GRUPO (NO) REGULAR:	ACTIVOS	DESDE LA SEM :	1 DE JUNIO	HASTA LA SEM :	30 DE JUNIO
DEPARTAMENTO:	CAUCA	MUNICIPIO:	FLORENCIA	COMUNA:	VEREDA EL PLACER		

No	NOMBRE	APELLIDO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEM EP:		15 AL 18		SEM EP:		21 AL 25		SEM EP:		28 AL 31		SEM		4 al 8		SEM EP:				TOTAL SESIONES
				1	2	X	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1	FERNANDO JOSE	ORTIZ DE LA CRUZ	1059244697		X	X		X				X	X	X		x		x			x	x		10
2	CLAUDIA	ORTIZ DE LA CRUZ	69007625					X		X			X			x	x			x	x	x		8
3	ALEX DAVID	ORTIZ DE LA CRUZ	1061086323		X				X	X			X	X		x	x	x		x				9
4	DENNIS DEL CARMEN	FLOREZ CORREA	54577247			X						X				x						x		4
5	BRAYAN JAVIER	VALLEJO FERNANDEZ	1123203653		X	X			X			X	X	X		x	x	x		x	x			11
6	NILSA	GRIJALBA FERNANDEZ	34676757			X				X		X		X			x	x		x				7
7	OLIVIA	FUENTES	34676750		X	X				X		X		X		x		x		x	x			9
8	ESTEFANIA SALOME	MUÑOZ	1061089093					X	X					X		x	x	x				x		7
9	BRISNY MELISA	GRIJALBA	1029625532		X	X		X		X		X	X							x	x			8
10	BRIANNY YANETH	AVENDAÑO CASTRO	1115941764			X								X		x	x	x		x	x	x		8
11	ALBERTO	BAÑOS BAÑOS	91136862		X			X	X	X		X		X		x	x	x				x		10
12	MARIA CARMENZA	DE LA CRUZ CUAYAL	34676709		X	X		X		X			X			x	x			x	x			9
13	DANNA NOCILE	ORTIZ DE LA CRUZ	1061086943		X	X		X	X			X				x		x		x	x	x		10
14	JHONIER ALEXIS	FERNANDEZ	1061089939		X				X	X				X				x			x			6
15	ALFONSO	ORTIZ	76358165			X		X				X		X		x	x			x	x			8
16	CLAUDIA	MORALES URBANO	1061088081		X	X		X	X				X			x		x				x		8
17	ARNEY	FERNANDEZ GRIJALBA	3467438		X	X			X	X				X		x	x			x	x			8
18	YEFRI	ZUÑIGA	1061088271		X	X		X					X			x	x	x			x	x		9
19	TANIA PATRICIA	FLOREZ CORREA	1099547645		X			X	X				X	X		x	x			x		x		9
20	YULLY ANDREA	BOLAÑOS	1099262324						X			X	X					x		x	x			6

OBSERVACIONES O NOVEDADES:

Indeportes CAUCA

PROCESO:

FOMENTO Y DESARROLLO

FORMATO:

FORMATO DE SEGUIMIENTO

Gobernación del Cauca

NOMBRE DEL MONITOR:	MERCEDES FERNANDEZ FERNADEZ	NOMBRE DEL GRUPO (NO) REGULAR:	ACTIVOS	DESDE LA SEM :	1 DE JUNIO	HASTA LA SEM :	30 DE JUNIO
DEPARTAMENTO:	CAUCA	MUNICIPIO:	FLORENCIA	COMUNA:	VEREDA EL HATO		

No	NOMBRE	APELLIDO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEM EP:		2 AL 6		SEM EP:		9 AL 13		SEM EP:		16 AL 20		SEM		23 al 27		SEM EP:				TOTAL SESIONES
				1	2	X	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1	FERNANDO JOSE	ORTIZ DE LA CRUZ	1059244697		X	X		X				X	X	X		x		x						8
2	CLAUDIA	ORTIZ DE LA CRUZ	69007625					X		X			X			x	x							5
3	ALEX DAVID	ORTIZ DE LA CRUZ	1061086323		X				X	X			X	X		x	x	x						8
4	DENNIS DEL CARMEN	FLOREZ CORREA	54577247			X						X				x								3
5	BRAYAN JAVIER	VALLEJO FERNANDEZ	1123203653		X	X			X			X	X	X		x	x	x						9
6	NILSA	GRIJALBA FERNANDEZ	34676757			X				X		X		X			x	x						6
7	OLIVIA	FUENTES	34676750		X	X				X		X		X		x		x						7
8	ESTEFANIA SALOME	MUÑOZ	1061089093					X	X					X		x	x	x						6
9	BRISNY MELISA	GRIJALBA	1029625532		X	X		X		X		X	X											6
10	BRIANNY YANETH	AVENDAÑO CASTRO	1115941764			X								X		x	x	x						5
11	ALBERTO	BAÑOS BAÑOS	91136862		X			X	X	X		X		X		x	x	x						9
12	MARIA CARMENZA	DE LA CRUZ CUAYAL	34676709		X	X		X		X			X			x	x							6
13	DANNA NOCILE	ORTIZ DE LA CRUZ	1061086943		X	X		X	X			X				x		x						7
14	JHONIER ALEXIS	FERNANDEZ	1061089939		X				X	X				X				x						5
15	ALFONSO	ORTIZ	76358165			X		X				X		X		x	x							6
16	CLAUDIA	MORALES URBANO	1061088081		X	X		X	X				X			x		x							7
17	ARNEY	FERNANDEZ GRIJALBA	3467438		X	X			X	X				X		x	x							7
18	YEFRI	ZUÑIGA	1061088271		X	X		X					X			x	x	x						7
19	TANIA PATRICIA	FLOREZ CORREA	1099547645		X			X	X				X	X		x	x							7
20	YULLY ANDREA	BOLAÑOS	1099262324						X			X	X					x						4

OBSERVACIONES O NOVEDADES:

Indeportes CAUCA	PROCESO:	Gobernación del Cauca
	FOMENTO Y DESARROLLO	
	FORMATO:	
	FORMATO DE SEGUIMIENTO	

NOMBRE DEL MONITOR:	MERCEDES FWRNÁNDEZ	NOMBRE DEL GRUPO (NO) REGULAR:	EL PLACER	SEMANA			
				DESDE LA SEM :	1 DE JUNIO	HASTA LA SEM :	30 DE JUNIO
DEPARTAMENTO:	CAUCA	MUNICIPIO:	FLORENCIA	COMUNA:	VEREDA LAS CUCHILLAS		

No	NOMBRE	APELLIDO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEM EP:		2 AL 6		SEM EP:		9 AL 13		SEM EP:		16 AL 20		SEM		23 al 27		SEM EP:				TOTAL SESIONES
				1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1	ELODIA	DORADO	25521759		X			X		X				X		x	x							6
2	EDTIH ADIELA	DE LA CRUZ	34676173			X		X	X	X		X	X	X			x							8
3	NORIS	MONTILLA	1015914		X	X				X		X	X			x		x						7
4	ANGIE CAROLINA	ORDOÑEZ MONTERO	1085664127			X		X	X			X	X	X			x							7
5	TATIANA ALEJANDRA	SOLARTE ESTRELLA	1061086900		X			X	X	X		X				x		x						7
6	YULIETH ALEJANDRA	SOLARTE ESTRELLA	100292974			X		X	X	X			X	X		x		x						8
7	ROSALVIRA	IMBACHI	25521586		X	X						X	X			x		x						6
8	EDWIN ANDRES	FUENTES SILVA	1002929268		X				X	X				X										4
9	EMPERATRIZ	MENESES REALPE	34676435		X	X		X		X		X	X	X			x							8
10	VICTOR	MORALES	534455		X			X				X				x		x						4
11	OMAIRA	ORDOÑEZ	25521696						X				X	X			x							4
12	BLANCA OLIVIA	ORTEGA	34676487			X		X	X	X		X	X	X				x						8
13	LEONILA	GOMEZ	27148292		X					X				X			x							4
14	MAXIMILIANO	ORDOLEZ	4132878					X	X			X	X				x							5
15	GILBERTO	CARVAJAL	10159015		X	X		X	X	X				X										6
16	KATHERIN VANESSA	IMBACHI	1061087166		X					X		X	X			x		x						6
17	IDALIA	BURBANO BENITEZ	3476120			X		X	X					X			x							5
18	ROSALBA	BOLAÑOS	24521658		X				X				X											3
19	ANGIE CAROLINA	MUÑOZ	1002929050		X	X		X						X				x						5
20	DORANNI	ORTIZ BOLAÑOS	1061794492											X				x						2

OBSERVACIONES O NOVEDADES:

Indeportes CAUCA

PROCESO:

FOMENTO Y DESARROLLO

FORMATO:

FORMATO DE SEGUIMIENTO

Gobernación del Cauca

NOMBRE DEL MONITOR:	MERCEDES FERNÁNDEZ	NOMBRE DEL GRUPO (NO) REGULAR:	EL PLACER	SEMANA			
				DESDE LA SEM :	1 DE JUNIO	HASTA LA SEM :	30 DE JUNIO

DEPARTAMENTO:	CAUCA	MUNICIPIO:	FLORENCIA	COMUNA:	VEREDA EL PLACER

No	NOMBRE	APELLIDO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEM EP:		2 AL 6		SEM EP:		9 AL 13		SEM EP:		16 AL 20		SEM		23 al 27		SEM EP:				TOTAL SESIONES
				1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1	DORANI	ROTIZ BOLAÑOS	1061794492		X	X		X		X		X	X			x								7
2	ROSALBA	ORTIZ CERON	34445777		X	X						X		X			x							5
3	GRACIELA	IMBACHI	1061086394		X			X	X	X			X	X				x							7
4	YULLY	ESTRELLA	1089480353		X					X		X		X			x							5
5	SALOME	VILLOTA	1029625532			X		X	X			X		X			x							6
6	MARY	ORTIZ	34374324			X		X				X	X			x		x						6
7	ERICK SANTIAGO	CRUZ	1089350135		X			X		X				X			x							5
8	MARTHA LUCIA	IMBACHI	34676656		X			X		X		X		X				x						6
9	YARIH	CRUZ ORDOLEZ	34676571		X	X		X	X			X					x							6
10	NERCY VIVIANA	BRAVO	1004731580		x	x				x		x	x			x		x						7
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								

OBSERVACIONES O NOVEDADES:

Indeportes CAUCA

PROCESO:

FOMENTO Y DESARROLLO

FORMATO:

FORMATO DE SEGUIMIENTO

Gobernación del Cauca

NOMBRE DEL MONITOR:	MERCEDES FERNANDEZ FERNADEZ	NOMBRE DEL GRUPO (NO) REGULAR:	RENACER	SEMANA			
				DESDE LA SEM :	01 DE JUNIO	HASTA LA SEM :	30 DE JUNIO
DEPARTAMENTO:	CAUCA	MUNICIPIO:	FLORENCIA	COMUNA:	BARRIO LA PLAZA		

No	NOMBRE	APELLIDO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEM EP:		2 AL 6		SEM EP:		9 AL 13		SEM EP:		16 AL 20		SEM		23 AL 27		SEM EP:				TOTAL SESIONES
				1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1	MARIA GILMA	GRIJALBA DE FERNÁNDEZ	25521465					X				X				X								3
2	GERARDINA	BOLAÑOZ FERNÁNDEZ	25521471	X								X												2
3	LUZ MARIA	ORDOÑEZ GRIJALBA	25521618					X								X								2
4	PABLO EMILIO	BRAVO	479128	X								X				X								3
5	MIRTHA	NARVAEZ	48644741	X				X				X												3
6	EUFENIA	MORENO	51755215					X								X								2
7	LEOVIGILDO	FERNANDEZ	4708550	X								X				X								4
8	RAUL	BOLAÑOS	16660293	x				X																2
9	MARIA	MARTINEZ	34676328													X								1
10	LEONSO	FERNANDEZ BENITEZ	4708865	X				X								X								3
11	AURELIA	FERNANDEZ SUAREZ	25521926	X				X				X												3
12	MARIA TERESA	TORRES	31158541	x								X				X								3
13	SOILA	LUNA	25521528	X				X								x								3
14	MARIA EMPERATRIZ	LUNA	25521769	X																				1
15	JUAN BATISTA	MENESES CASTILLO	4709246									X				x								2
16	MARIANITA DE JESUS	SUAREZ BRAVO	34676521					X				X				X								3
17	LEON ANGEL	RUIZ MUÑOZ	1483978	X																				1
18	LUIS EDUARDO	MUÑOZ ORTEGA	16625858	X								X				X								3
19	MARIA ODILIA	ORDOÑEZ DE PULIDO	25521619					X																1
20	FABIOLA	ERAZO LOPEZ	25521801	X				X				X				X								4

OBSERVACIONES O NOVEDADES:

Indeportes CAUCA

PROCESO:

FOMENTO Y DESARROLLO

FORMATO:

FORMATO DE SEGUIMIENTO

Gobernación del Cauca

NOMBRE DEL MONITOR:	MERCEDES FERNANDEZ FERNADEZ	NOMBRE DEL GRUPO (NO) REGULAR:	RENACER	SEMANA			
				DESDE LA SEM :	1 DE JUNIO	HASTA LA SEM :	30 DE JUNIO
DEPARTAMENTO:	CAUCA	MUNICIPIO:	FLORENCIA	COMUNA:	BARRIO LA PLAZA		

No	NOMBRE	APELLIDO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEM EP:		2 AL 6		SEM EP:		9 AL 13		SEM EP:		16 AL 20		SEM		23 AL 27		SEM EP:				TOTAL SESIONES
				1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1	FABIOLA	ERAZOLOPEZ	25521801	X				X				X				x								4
2	ARGENIS	MARTINEZ ORDOÑEZ	34676607	X				X																2
3	BERTHA	MUÑOZ ORDOÑEZ	34676342	X				X				X				x								4
4	JOSE MARIA	MENESES	10541583	X				X				X				x								4
5	RAMIRO	ORDOÑEZ	4708924	X								X												2
6	MARIA	BOLAÑOS DE BOLAÑOS	34450034	X												x								2
7	BELINDA	LUNA FERNNÁNDEZ	25521729					X				X												2
8	MARIA MARINA	CRUZ	27451366	X								X				x								3
9	CARMELA	BOLAÑOS BOLAÑOS	25521885	X				X				X												3
10	ROSANITA	BOLAÑOS		X				X				X												3
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								

OBSERVACIONES O NOVEDADES:

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Angie					APELLIDOS	Ortega									SEXO	Femenino X	Masculino	Intersexual
FECHA DE NACIMIENTO	7	12	1997	TIPO DE DOCUMENTO	X	CC	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	1061088549							FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2024
DEPARTAMENTO	CAUCA		MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	ASmet	Subsidiado X	Contributivo	Regimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y Estudia	Trabaja	Estudia	Busca trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	Ninguna X	
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesino X	Otro	TIPO DE POBLACIÓN	Discapacidad Cognitiva	Discapacidad Física	Discapacidad Sensorial	Visual	Auditiva	Sordoceguera	Ninguna	Pobla. Carcel	LGBTI	Otros	Ninguno X
CONDICIÓN	Desplazado	Reincorporado	Reintegrado	Migrante	Ninguna X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ				NOMBRE DEL GRUPO	Florencia Activa				TIPO DE GRUPO	Niños X		Adolescentes

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3133274180		TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —			DIRECCIÓN DOMICILIARIA	Centro		ZONA	Rural	Urbana X
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo o celular X	Correo electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	— o —		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —	EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	— o —		TELÉFONO CELULAR	— o —		

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0			

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderado	Vigorosa	

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS 420

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 2		3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?			NÚMERO DÍAS 0		
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	NO X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	NO X	6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.			NÚMERO DE TRAGOS 0		

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	NO X	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	NO X	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?			SI	NO X			
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	NO X	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	NO X	6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	NO X	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	— o —			
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Muy bueno X	Bueno	Regular	Malo								

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	65 Kilogramos	TALLA	162 Centímetros	PERÍMETRO ABDOMINAL	85 Centímetros

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
Angie Leticia Ortega							
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061088549	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO:

FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Maria					APELLIDOS	Erazo									SEXO	X Femenino	Masculino	Intersexual				
FECHA DE NACIMIENTO	11	10	1945	TIPO DE DOCUMENTO	CC	CE	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	25521509							FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2025				
DEPARTAMENTO	CAUCA			MUNICIPIO	FLORENCIA			TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Asmet	Contributivo X	No Afiliado	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Trabaja	Estudiar	Busca trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	Ninguna X			
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	Gitano	Palenquero	Campesino X	Ninguno	TIPO DE POBLACIÓN	Desc. Cognitiva		Desc. Física		Desc. Sensorial	Visual		Auditiva	Sordoceguera	Ninguna	Pobla. Carcel	LGBTI	Otros	Ninguno	
CONDICIÓN	Desplazado	Reinsertado	Desmovilizado	Migrante	Ninguno X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ					NOMBRE DEL GRUPO	Florencia Activa			TIPO DE GRUPO		Rural X	Urbano				

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3124374914			TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—					DIRECCIÓN DOMICILIARIA	Centro			ZONA	Rural	Urbana X	
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—			EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—			TELÉFONO CELULAR	—		

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NUMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NUMERO DE MINUTOS 0	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa				

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NUMERO DE MINUTOS 120

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1			3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?		NUMERO DÍAS 0
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	NO X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	NO X		6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.		NUMERO DE TRAGOS 0

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	X		2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	X			3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?			SI	NO X
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	X		5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	X			6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	X	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—	
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Bueno	Regular	Malo								

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	61 Kilogramos	TALLA	152 Centímetros	PERÍMETRO ABDOMINAL	83 Centímetros

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
maria f Erazo							
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	25521509	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Flor del Rosario			APELLIDOS	Fernandez									SEXO	Femenino X	Masculino	Intersexual			
FECHA DE NACIMIENTO	DD	MM	AAAA	TIPO DE DOCUMENTO	X	CC	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	25518774					FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2025			
DEPARTAMENTO	CAUCA		MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	ASmet	Subsidiado	Contributivo	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Trabaja	Estudiar	Busca trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	Ninguna		
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	Rrom	Palenquero	Campesino	X Ninguno	TIPO DE POBLACIÓN	Discap. Cognitiva	Discap. Física	Discap. Sensorial	Víctima	Auditiva	Sordo-ceguera	Embarazo	Pobla. Carcel	LGBTI	Otra	Ninguna	
CONDICIÓN	Desplazado	Reincorporado	Comunidad LGBTI	Migrante	X Ninguno	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ					NOMBRE DEL GRUPO	Florencia Activa			TIPO DE GRUPO	X Cerrado	Abierto		

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3203196182			TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —					DIRECCIÓN DOMICILIARIA	La Plata			ZONA	Rural	X Urbana		
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Mensaje de texto	Correo electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	— o —			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —			EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	— o —			TELÉFONO CELULAR	— o —			

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderado	Vigorosa	

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico? 180 MINUTOS

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 0	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1	3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?				NÚMERO DE DÍAS 0
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	NO X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	NO X		6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.			NÚMERO DE TRAGOS 2

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	NO X	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	NO X		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?					SI	X NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	NO X	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	NO X		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	NO X	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	— o —		
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Bueno	X Regular	Regular	Malo								

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	En 68	TALLA	150 Centímetros	PERÍMETRO ABDOMINAL	92 Centímetros

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
Flor del Rosario Fernandez				Mercedes			
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	25518774	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Sandra			APELLIDOS	Fuentes										SEXO	X Femenino	Masculino	Intersexual					
FECHA DE NACIMIENTO	29 (DD)	06 (MM)	1991 (AAAA)	TIPO DE DOCUMENTO	CC	CE	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	1061087333						FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2025					
DEPARTAMENTO	CAUCA		MUNICIPIO	FLORENCIA	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	ASmet		Dependiente	Independiente	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Trabaja	Estudiar	Busca trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	Ninguna					
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesino	X Ninguno	TIPO DE POBLACIÓN	Hab. Calle/Vía	Pers. Física	Hosp. Sicosocial	Desmovil	Auxiliar	Servidor Público	Educando	Perfil Cuid.	LGBTI	Otros	X Ninguno				
CONDICIÓN	Desplazado	Reinsertado	Reincorporado	Migrante	X Ninguno	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ				NOMBRE DEL GRUPO	Florencia Activa			TIPO DE GRUPO		X Abierto	Cerrado					

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3227990127			TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—					DIRECCIÓN DOMICILIARIA	florencia			ZONA	Rural	X Urbana					
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo / Celular	Correo electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—			EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—			TELÉFONO CELULAR	—						

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.

1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS 130

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 2		3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NÚMERO DE DÍAS 0	
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	X NO	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	X NO	6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.	NÚMERO DE TRAGOS 3	

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	X NO	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	X NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?		SI	X NO				
4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	X NO	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	X NO	6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	X	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—			
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	X Bueno	Regular	Malo	Muy Malo								

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	58 Kilos	TALLA	155	PERÍMETRO ABDOMINAL	78

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

Sandra Milena					
FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)	
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061087333	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL — DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Rosa			APELLIDOS	Gómez										SEXO	F X	M	I
FECHA DE NACIMIENTO	17	04	1976	TIPO DE DOCUMENTO	CC	TI		NÚMERO DE DOCUMENTO	34676223						FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2024
DEPARTAMENTO	CAUCA		MUNICIPIO	FLORENCIA	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD		Asmet	Subsidiado	Beneficiario	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Trabaja	Estudiar	Busca trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	Ninguna	
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesino	X	Ninguno	TIPO DE POBLACIÓN	Desc. Cognitiva	Desc. Física	Desc. Sensorial	Visual	Auditiva	Sordoceguera	Embarazo	Prpla. Cirugí	LGBTI	Otros	Ninguno
CONDICIÓN	Desplazado	Reinsertado	Reincorporado	Migrante	X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ				NOMBRE DEL GRUPO	Florencia activa			TIPO DE GRUPO		X					

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3136804135		TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—					DIRECCIÓN DOMICILIARIA	La Cadena			ZONA	Rural	X	Urbana
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Dirección	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—		EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—			TELÉFONO CELULAR	—		

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DE DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.		SI	X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?				NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa	

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico? NÚMERO DE MINUTOS

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1	3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?					NÚMERO DIAS
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	NO X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	NO X		6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.			NÚMERO DE TRAGOS

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	NO X	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	NO X		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?				SI	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	NO X	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	NO X		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	NO	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?			
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo								

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	56	TALLA	144	PERÍMETRO ABDOMINAL	82

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
Rosa Mary Gómez				RECIBE			
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD		DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Maira			APELLIDOS	Ortega			SEXO	Femenino X	Masculino	Intersexual									
FECHA DE NACIMIENTO	DD	MM	AAAA	TIPO DE DOCUMENTO	CC X	CE	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	1061086054									FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2025
DEPARTAMENTO	CAUCA		MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Nueva EPS	Cotiza X	Beneficiario	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Trabaja	Estudiar	Buscar trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	Ninguna X		
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	Rrom	Palenquero	Campesino	Ninguna X	TIPO DE POBLACIÓN	Discapacidad	Víctima	Desplazado	Habitante de calle	Privado de la libertad	Discapacidad cognitiva	Discapacidad física	Discapacidad sensorial	Visual	Auditiva	Sordo-ceguera	Embarazo	Pobla. Carcel	LGTBI	Otros	Ninguno X
CONDICIÓN	Desplazado	Reincorporado	Desmovilizado	Migrante	Ninguno X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ				NOMBRE DEL GRUPO	Florencia Activa			TIPO DE GRUPO		X			

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3216275223		TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—			DIRECCIÓN DOMICILIARIA	La Plaza			ZONA	Rural	Urbana X
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo o celular X	Correo electrónico	Dirección	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—		EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—		TELÉFONO CELULAR	—	

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al Ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al Ítem 3.3.	SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 2		3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?			NÚMERO DIAS	
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	X	6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.			NÚMERO DE TRAGOS	

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	X	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	X		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?				SI	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	X	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	X		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	NO	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?		
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Bueno X	Regular	Aceptable	Malo							

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	58 Kilos	TALLA	163 Centímetros	PERÍMETRO ABDOMINAL	82 Centímetros

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO(A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
NOMBRE COMPLETO	Maira Alejandra Ortega	NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061086054	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Yurany					APELLIDOS	Solarte										SEXO	Femenino X	Masculino	Intersexual
FECHA DE NACIMIENTO	DD	MM	AAAA	TIPO DE DOCUMENTO	X			NÚMERO DE DOCUMENTO	37060391								FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2025
DEPARTAMENTO	CAUCA		MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Asmet	Subsidiado X	No Afiliado	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Trabaja	Estudia	Busca trabajo	Labores del hogar	Pensionado	Ninguno X	
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesino	Ninguno X	TIPO DE POBLACIÓN	Discapacitado	Otro Cuál?	Desc. Sensorial	Víctima	Artista	Sindicalizado	Embarazo	Pobla. Carcel	LGBTI	Otros	Ninguno X	
CONDICIÓN	Deportista	Retirado/a	Exdeportista	Padre	Ninguno X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ				NOMBRE DEL GRUPO	Mañanas Saludables				TIPO DE GRUPO		Ninguno X		

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3126816942		TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —			DIRECCIÓN DOMICILIARIA	La Caden		ZONA	Rural	Urbana X		
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo y celular	Correo electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	— o —		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— — —	EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	— —		TELÉFONO CELULAR	— o —			

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?, Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NUMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS 160

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES	2	3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?			NÚMERO DE 0
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	NO X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	NO X		6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.		NÚMERO DE TRAGOS 0

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	NO X	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	NO X		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?			SI	NO X
4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	NO X	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	NO X		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	NO X	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	— o —	
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Bueno X	Regular	Malo								

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	84 Kg	TALLA	153	PERÍMETRO ABDOMINAL	107

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
NOMBRE COMPLETO	Yesenia Solarte	NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37060391	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Luisa				APELLIDOS	España									SEXO	Femenino X	Masculino	Intersexual						
FECHA DE NACIMIENTO	15	04	2005	TIPO DE DOCUMENTO		X	CC	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	1061083322					FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2025						
DEPARTAMENTO	CAUCA			MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Asmet	Subsidiado X	Contributivo	Regimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja actualmente	Rentista	Estudia	Busca trabajo	Labores del hogar	Pensionado	Ninguna X						
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesino	Ninguno X	TIPO DE POBLACIÓN	Discapacidad Cognitiva	Discapacidad Física	Discapacidad Sensorial	Víctima	Auditivo	Sindicalizado	Embarazo	Población Carcelaria	LGBTI	Otros	Ninguno X					
CONDICIÓN	Desplazado	Reincorporado	Desmovilizado	Reclusión	Migrante X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ			NOMBRE DEL GRUPO	Mañanas Saludables		TIPO DE GRUPO		Rural X	Urbana								

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3135847991			TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —					DIRECCIÓN DOMICILIARIA	pedregal			ZONA	Rural	Urbana X						
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	— o —			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —			EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	— o —			TELÉFONO CELULAR	— o —							

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DE DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa	

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico? NÚMERO DE MINUTOS 120

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 2	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 3		3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NÚMERO DÍAS 0			
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	NO X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	NO X		6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.	NÚMERO DE TRAGOS 0	

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	NO X	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	NO X		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?			SI	NO X		
4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	NO X	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	NO X		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	NO	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	— o —		
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Muy bueno	Bueno X	Regular	Malo								

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	60 Kilos	TALLA	160	PERÍMETRO ABDOMINAL	80

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
Luisa Fernanda							
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061083322	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

| | | |

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Sofia					APELLIDOS	Fernández								SEXO	Femenino X	Masculino	Intersexual					
FECHA DE NACIMIENTO	2	11	1998	TIPO DE DOCUMENTO	X	CC		NÚMERO DE DOCUMENTO	1061088683						FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2025					
DEPARTAMENTO	CAUCA			MUNICIPIO	FLORENCIA			TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Nueva	Subsidiado	Be Militar	Regimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Trabaja	Estudia	Busca trabajo	Labores del hogar	Pensionado	Ninguna			
TIPO DE ETNIA	Indígena	Rom	Raizal	Afro	Palenquero	Campesino	X Ninguno	TIPO DE POBLACIÓN	Discapacidad	Psicosocial	Sensorial	Fisica	Auditiva	Sordoceguera	Embarazo	Pobla. Carcel	LGTBI	Otra	Ninguna				
CONDICIÓN	Desplazado	Reinsertado	Comunidad Negra	Victima	X Ninguna	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ			NOMBRE DEL GRUPO	Mañanas Saludables			TIPO DE GRUPO	X Fijo	Rotativo							

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3148270692				TELÉFONO FIJO	—		CORREO ELECTRÓNICO	—					DIRECCIÓN DOMICILIARIA	/				ZONA	Rural	X Urbana		
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	X Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Domicilio		NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—				EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—				TELÉFONO CELULAR	—			

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	X NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	X NO	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderado	Vigoroso	

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico? NÚMERO DE MINUTOS 120

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NÚMERO DÍAS 0	
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	X NO	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	X NO	6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.	NÚMERO DE TRAGOS 0	

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	X NO	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	X NO		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?			SI	X NO	
4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	X NO	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	X NO		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	X NO	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—	
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Buena X	Regular	Malo									

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	55 Kilogramos	TALLA	152 Centímetros	PERÍMETRO ABDOMINAL	78 Centímetros

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
Sofia Fernandez							
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1060088683	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Berta				APELLIDOS	Guerrero								SEXO	X Femenino	Masculino	Intersexual						
FECHA DE NACIMIENTO	DD	MM	AÑO	TIPO DE DOCUMENTO	X	CC	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	25521960					FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2025						
DEPARTAMENTO	CAUCA		MUNICIPIO	FLORENCIA	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD			Contributivo	Subsidiado	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Trabaja	Estudia	Busca trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	X Ninguna					
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesino	X Ninguna	TIPO DE POBLACIÓN	Discapacidad Cognitiva	Discapacidad Física	Discapacidad Sensorial	Gestante	Adulto Mayor	Sexo-diverso	Embarazo	Población Carcelaria	LGBTI	Otros	X Ninguno				
CONDICIÓN	Desplazado	Reinsertado	Desmovilizado	Víctima	X Ninguna	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ			NOMBRE DEL GRUPO	mañanas saludables			TIPO DE GRUPO	X Abierto	Privado							

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	311 7163311	TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—	DIRECCIÓN DOMICILIARIA	La Plaza	ZONA	Rural	X Urbana			
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	X Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—	EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—	TELÉFONO CELULAR	—		

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NUMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.

1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS 480

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NÚMERO DÍAS X
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	X	6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.	NÚMERO DE TRAGOS X

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	X	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	X	NO		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	X	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	X	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	X	NO		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	NO	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	taquicardia
8. Diría que su estado de salud es:	X Excelente	Regular	Bueno	Regular	Malo						

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	65 Kilogramos	TALLA	158 Centímetros	PERÍMETRO ABDOMINAL	96 Centímetros

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
NOMBRE COMPLETO	Berta Guerrero	NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	25521960	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Indeportes CAUCA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Reina					APELLIDOS	Fernandez											SEXO	Femenino X	Masculino	Intersexo
FECHA DE NACIMIENTO	DD	MM	AAAA	TIPO DE DOCUMENTO	CC X	CE	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	1061086324									FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2025
DEPARTAMENTO	CAUCA		MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Asmet	Subsidiado	En Mora	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Trabaja	Estudia	Busca trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	Ninguna						
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesinos	Ninguno X	TIPO DE POBLACIÓN	Desc. Cognitiva	Disc. Física	Disc. Sensorial	Psicosocial	Auditiva	Sordoceguera	Embarazo	Privada Calcel	LGTBI	Otros	Ninguno X					
CONDICIÓN	Desplazado	Reinsertado	Desmovilizado	Victima	Ninguna X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ				NOMBRE DEL GRUPO	Mañanas Saludables			TIPO DE GRUPO		X							

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	314 7276 11			TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—								DIRECCIÓN DOMICILIARIA	La Playa				ZONA	Rural	Urbano X		
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—						EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—				TELÉFONO CELULAR	—			

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DE DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa	

3.3. TIEMPO SENTADO

Lo siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS 480

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 2		3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?			NÚMERO DIAS X	
4. ¿Usted toma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	NO X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	NO X	6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.			NÚMERO DE TRAGOS X	

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	NO X	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	NO X		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?				Y	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	NO X	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	NO X		6. ¿Presenta otra enfermedad?	X	NO	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	Anemia	
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Regular X	Bueno	Malo								

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	64 Kg	TALLA	161 cm	PERÍMETRO ABDOMINAL	89 cm

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADOR(A)		FIRMA MONITOR(A)			
Reina Juleth F.G.							
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061086324	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Yuri					APELLIDOS	Realpe																SEXO	Femenino X	Masculino	Intersexo
FECHA DE NACIMIENTO	16	04	1996	TIPO DE DOCUMENTO		X	CC		NÚMERO DE DOCUMENTO	1061	88255											FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2025
DEPARTAMENTO	CAUCA			MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Asmet		Subsidiado X		Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Ama de casa y estudia	Trabaja	Estudia	Busca trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	Ninguna X								
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesino	X Ninguno	TIPO DE POBLACIÓN	Discapacidad Cognitiva		Discapacidad Física		Discapacidad Sensorial		Mental		Auditiva		Sordoceguera		Embarazo		Población Carcelaria		LGBTI		Otros		X Ninguno	
CONDICIÓN	Desplazado		Reincorporado		Desmovilizado		Víctima		Migrante X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ				NOMBRE DEL GRUPO	Manzanas saludable			TIPO DE GRUPO				Prioritario		Regular X			

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3207510052			TELÉFONO FIJO	—		CORREO ELECTRÓNICO	—				DIRECCIÓN DOMICILIARIA	LA Plaza			ZONA	Rural		X Urbana
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	X Mensaje de texto		Correo electrónico		Domicilio		NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—				TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—			EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—			TELÉFONO CELULAR	—		

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderado	Vigoroso	

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.

1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS 120

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NÚMERO DÍAS 0	
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	NO X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	X	6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.	NÚMERO DE TRAGOS 0	

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	X	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	X		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?		SI	X NO
4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	X	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	X		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	X	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	X Bueno	Regular	Regular	Malo						

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	64 Kilogramos	TALLA	162 Centímetros	PERÍMETRO ABDOMINAL	78 Centímetros

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
Yuri Marcela Realpe				MERCEDES			
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061 88255	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Sandra					APELLIDOS	Gallardo										SEXO	X	Masculino	Intersexual
FECHA DE NACIMIENTO	DD	MM	AAAA	TIPO DE DOCUMENTO	X	TI	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	1061086196								FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2025
DEPARTAMENTO	CAUCA		MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Asmet	Subsidiado	Rg Ordinario	Regimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja por cuenta propia	Trabaja	Estudia	Busca trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	X Ninguna	
TIPO DE ETNIA	Indígena	Rom	Raizal	Afro	Palenquero	Campesino	X Ninguno	TIPO DE POBLACIÓN	Discapacidad	Discapacidad Física	Discapacidad Sensorial	Visual	Auditiva	Sordoceguera	Embarazo	Pobla. Carcel	LGBTI	Otros	X Ninguno
CONDICIÓN	Desplazado	Reinsertado	Comunidad Negra	Ninguno	X Ninguno	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ				NOMBRE DEL GRUPO	Mañanas saludable				TIPO DE GRUPO	X Abierto	Cerrado	

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3176907733	TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—			DIRECCIÓN DOMICILIARIA	La Plaza		ZONA	Rural	X Urbana	
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	X Teléfono o celular	Correo electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—	EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—		TELÉFONO CELULAR	—	

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0	4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa	

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico? NÚMERO DE MINUTOS 120

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 2		3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NÚMERO X				
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	X NO	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	X NO		6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.	NÚMERO DE TRAGOS X		

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	X NO	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	X NO		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?			SI	X NO	
4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	X NO	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	X NO		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	X NO	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—	
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	X Buena	Regular	Mala								

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	63 kg	TALLA	158 cm	PERÍMETRO ABDOMINAL	78 cm

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FÍRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
Sandra Viviana Gallardo O.							
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061086196	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Yilena					APELLIDOS	Quiñonez											SEXO	Femenino X	Masculino	Intersexual
FECHA DE NACIMIENTO	30	07	1999	TIPO DE DOCUMENTO		X			NÚMERO DE DOCUMENTO	1193049577								FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2025
DEPARTAMENTO	CAUCA			MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD						TIPO DE OCUPACIÓN												
TIPO DE ETNIA	Indígena		Afro		Rom		Palenquero		Campesino	X	Ninguno	TIPO DE POBLACIÓN													
CONDICIÓN						X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ				NOMBRE DEL GRUPO	Mañanas Saludables					TIPO DE GRUPO							

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3135415339			TELÉFONO FIJO		CORREO ELECTRÓNICO				DIRECCIÓN DOMICILIARIA	Pedregal			ZONA	Rural	X Urbana
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	X			NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD			TELÉFONO DEL ACUDIENTE			EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:				TELÉFONO CELULAR		

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS	0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS	0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS	0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa	

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS 120

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 2		3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?		NÚMERO DÍAS 0		
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	X	6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.		NÚMERO DE TRAGOS 0		

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	X	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	X		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?			SI	NO X
4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	X	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	X		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	NO X	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—	
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	X	Bueno	Regular	Malo							

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	63 Kilogramos	TALLA	163 cm	PERÍMETRO ABDOMINAL	78 cm

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADOR(A)		FIRMA MONITOR(A)			
Yilena Q R.							
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1193449577	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Marly					APELLIDOS	Fuentes									SEXO	Femenino X	Masculino	Intersexual
FECHA DE NACIMIENTO	22	08	1986	TIPO DE DOCUMENTO	X	CC	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	1061086332							FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2025
DEPARTAMENTO	CAUCA			MUNICIPIO	FLORENCIA			TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Asmet	Subsidiado	No Afiliado	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Trabaja	Estudia	Busca trabajo	Labores del hogar	Pensionado	Rentista	
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesino	X Ninguno	TIPO DE POBLACIÓN	Discapacidad	Pdo. Carcelario		Discapacidad Sensorial	Víctima	Adulto mayor	Sobrecarga	Embarazo	Pobla. Carcel	LGBTI	Otros	Ninguno			
CONDICIÓN	Desplazado	Reinsertado	Desmovilizado	Víctima	X Ninguno	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ					NOMBRE DEL GRUPO	Mañanas Saludables			TIPO DE GRUPO		X		No registra			

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3117069179			TELÉFONO FIJO	—		CORREO ELECTRÓNICO	—				DIRECCIÓN DOMICILIARIA	Cadena			ZONA	Rural	X	Urbana
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	X Teléfono o Celular	Correo electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—			EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—			TELÉFONO CELULAR	—		

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa				

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS 420	

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 0		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?		NÚMERO DE DÍAS 0	
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	X NO	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	X NO	6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.		NÚMERO DE TRAGOS 0	

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	X NO	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	X NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?		SI	X NO
4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	X NO	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	X NO	6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	X NO	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—		
8. Diría que su estado de salud es:	Pésimo	X Malo	Regular	Bueno	Excelente								

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	70 kg	TALLA	165 cm	PERÍMETRO ABDOMINAL	85 cm

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
Marly Fuentes				MERCEDES			
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061086332	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Juan					APELLIDOS	Bautista										SEXO	Femenino	Masculino X	Intersexual
FECHA DE NACIMIENTO	23	11	1949	TIPO DE DOCUMENTO	X	CC	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	4708296								FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	5	junio	2025
DEPARTAMENTO	CAUCA		MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Asmet	Subsidiado	No Afiliado	Regimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Trabaja	Estudia	Busca trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	Ninguna	
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	Rrom	Palenquero	Campesino	Ninguno X	TIPO DE POBLACIÓN	Discapacidad Cognitiva		Discapacidad Física		Discapacidad Sensorial	Visual		Auditiva	Sordoceguera	Embarazo	Pobla. Carcel	LGBTI	Otros	Ninguno X
CONDICIÓN	Desplazado	Reincorporado	Reconocido	Migrante	Ninguno X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ					NOMBRE DEL GRUPO	Renacer			TIPO DE GRUPO		Regular	Nuevo X	

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3206178580		TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—			DIRECCIÓN DOMICILIARIA	La Portada		ZONA	Rural	Urbana X
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—	EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—		TELÉFONO CELULAR	—		

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (en una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS 180

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 2	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?		NÚMERO DÍAS 0	
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	NO	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	X		6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.	NÚMERO DE TRAGOS 0

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	NO X	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	X		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?		SI	NO X
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	NO X	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	X		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	NO X	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Muy bueno	Bueno X	Regular	Malo						

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	65 Kilogramos	TALLA	158	PERÍMETRO ABDOMINAL	90 cm

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA		FIRMA MONITOR(A)			
NO firmó				Mercedes			
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	4708296	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Elvira					APELLIDOS	Bolaños								SEXO	Femenino X	Masculino	Intersexual
FECHA DE NACIMIENTO	1	01	1960	TIPO DE DOCUMENTO				NÚMERO DE DOCUMENTO	25521562						FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	05	06	2025
DEPARTAMENTO	CAUCA		MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Asmet	Subsidiado	Contributivo	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja actualmente	Trabaja	Estudia	Busca trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	Ninguno X	
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	Rom	Palenquero	Campesino	Ninguno X	TIPO DE POBLACIÓN	Discapacidad Cognitiva	Discapacidad Física	Discapacidad Sensorial	Gestante	Auditiva	Sordoceguera	Embarazo	Pobla. Carcel	LGBTI	Otros	Ninguno X
CONDICIÓN	Desplazado	Reincorporado	Reconocido	Ninguno	Ninguno X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ				NOMBRE DEL GRUPO	Renacer			TIPO DE GRUPO		Regular	Especial X	

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3206178580			TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—			DIRECCIÓN DOMICILIARIA	Centro		ZONA	Rural	Urbana
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—		EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—	TELÉFONO CELULAR	—

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS 120

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 2		3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?		NÚMERO DIAS 0	
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	NO	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	X	NO	6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.	NÚMERO DE TRAGOS 0

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI X	NO	2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alta?	X	NO		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?		SI	NO X
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	X	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	X	NO		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	X	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Muy bueno X	Bueno	Regular	Malo						

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	61 Kilogramos	TALLA	155 Centímetros	PERÍMETRO ABDOMINAL	81 Centímetros

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	25521562	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO:

FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Luis					APELLIDOS	Ortiz								SEXO	Femenino	Masculino X	Intersexual
FECHA DE NACIMIENTO	Día 30	Mes 06	Año 1958	TIPO DE DOCUMENTO		X	CC	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	4709110					FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	5	junio	2025
DEPARTAMENTO	CAUCA		MUNICIPIO	FLORENCIA	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD				TIPO DE OCUPACIÓN	Subsidiado	No Afiliado	Régimen especial	Técnico y Asistente	Trabaja	Estudia	Busca trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	Ninguna X	
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesinos	Ninguno X	TIPO DE POBLACIÓN	Disc. Cognitiva	Disc. Física	Disc. Sensorial	Visual	Auditiva	Sordoceguera	Embarazo	Pobla. Carcel	LGBTI	Otros	Ninguno X		
CONDICIÓN	Desplazado	Reincorporado	Reintegrado	Migrante	Ninguno X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		NOMBRE DEL GRUPO	Renacer			TIPO DE GRUPO		Regular	Ninguno X					

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3206178580			TELÉFONO FIJO	— — —	CORREO ELECTRÓNICO	— — —			DIRECCIÓN DOMICILIARIA	La Portada			ZONA	Rural	Urbana X	
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	— — —		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— — —		EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	— — —			TELÉFONO CELULAR	— — —		

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.		SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0		

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiera al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS 120

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 2		3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?		NÚMERO DIAS 0	
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	NO	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	NO X	6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.		NÚMERO DE TRAGOS 0	

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI X	NO	2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI X	NO		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?		SI	X
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	X	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	X	NO		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	X	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	— — —
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Buena	Regular X	Mala							

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	62 Kilogramos	TALLA	160 Centímetros	PERÍMETRO ABDOMINAL	88 Centímetros

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a: lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
No firma				Mercedes			
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	4709110	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Maximiliano					APELLIDOS	Ordoñez									SEXO	Femenino	Masculino	Intersexual
FECHA DE NACIMIENTO	01	03	1947	TIPO DE DOCUMENTO	X	CC	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	47732878							FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	5	Juni	2025
DEPARTAMENTO	CAUCA		MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Asmet	Subsidiado	No Afiliado	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Trabaja	Estudia	Busca trabajo	Fuerzas del Orden	Pensionado	Ninguna	
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesino	X Ninguno	TIPO DE POBLACIÓN	Desc. Cognitiva	Desc. Física	Desc. Sensorial	Visual	Auditiva	Sordoceguera	Embarazo	Pobla. Cárcel	LGBTI	Otros	Ninguno X
CONDICIÓN	Desplazado	Reinsertado	Reincorporado	Migrante	Ninguno X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ				NOMBRE DEL GRUPO	Renacer				TIPO DE GRUPO	Regular	Ninguno X	

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3206178580			TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—			DIRECCIÓN DOMICILIARIA	Avda Cadena			ZONA	Rural	Urbana
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Ninguno	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—		EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—		TELÉFONO CELULAR	

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	X NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DE DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.		SI	X NO	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DE DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS 180

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 2	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?		NÚMERO DIAS 0	
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	X NO	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	X NO		6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.	NÚMERO DE TRAGOS 0

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	X	NO	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	X	NO		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?			SI	X NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	X	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	X	NO		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	NO	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo						

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	56 Kilogramos	TALLA	165	PERÍMETRO ABDOMINAL	81 Centímetros

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA		FIRMA MONITOR(A)			
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	47732878	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO:

FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Maria Odilia				APELLIDOS	Polido								SEXO	Femenino X	Masculino	Intersexual
FECHA DE NACIMIENTO	10	02	1963	TIPO DE DOCUMENTO	X	CC	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	25521619					FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	5	jun	2025
DEPARTAMENTO	CAUCA		MUNICIPIO	FLORENCIA	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Asmet	Subsidiado	No Afiliado	Regimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Ama de casa	Trabaja	Estudia	Busca trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	Ninguna	
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesino	Ninguno X	TIPO DE POBLACIÓN	Disc. Cognitiva	Disc. Física	Disc. Sensorial	Visual	Auditiva	Sordoceguera	Embarazo	Pobla. Carcel	LGTBI	Otros	Ninguno X	
CONDICIÓN	Desplazado	Reinsertado	Reincorporado	Victima	Ninguno X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ				NOMBRE DEL GRUPO	Renacer			TIPO DE GRUPO		Regular	Libre		

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	320617-8580			TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —			DIRECCIÓN DOMICILIARIA	— o —			ZONA	Rural	Urbana X
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	— o —			TELÉFONO DEL ACUDIENTE		EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	— o —			TELÉFONO CELULAR	— o —	

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NUMERO DIAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NUMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NUMERO DIAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NUMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderado	Vigoroso

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (en una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NUMERO DE MINUTOS 120

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1			3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?		NUMERO DIAS 0	
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	NO	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	X	NO	6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.		NÚMERO DE TRAGOS 0

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI X	NO	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI X	NO		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?			SI	X
4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	X	NO	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	X	SI		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	NO	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo						

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	61 Kilogramos	TALLA	150	PERÍMETRO ABDOMINAL	81 Centímetros

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
No firma				FIRMADO			
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	25521619	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Rosa			APELLIDOS	Urbano									SEXO	Femenino X	Masculino	Intersexual			
FECHA DE NACIMIENTO	23	03	1959	TIPO DE DOCUMENTO	X	CC	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	27293868					FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	5	junio	2025			
DEPARTAMENTO	CAUCA		MUNICIPIO	FLORENCIA	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Asmet		Subsidiado	No Afiliado	Regimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y Estudia	Trabaja	Estudia	Busca trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	Ninguna X		
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesino	Ninguno X	TIPO DE POBLACIÓN	Desc. Cognitiva	Desc. Física	Desc. Sensorial	Visual	Auditiva	Sordoceguera	Embarazo	Pobla. Carcel	LGTBI	Otros	Ninguno X	
CONDICIÓN	Beneficiario	Remitido	Desplazado	Víctimas	Ninguno X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ				NOMBRE DEL GRUPO	Renacer		TIPO DE GRUPO		Abierto X	Cerrado			

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3206178580			TELÉFONO FIJO		CORREO ELECTRÓNICO					DIRECCIÓN DOMICILIARIA	La Portada			ZONA	Rural	Urbana X			
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—			EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—			TELÉFONO CELULAR	—			

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NUMERO DIAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NUMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.		SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NUMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?		NUMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NUMERO DE MINUTOS 120

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1			3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?		NUMERO DIAS 0	
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	NO X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	NO		6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.		NÚMERO DE TRAGOS 0	

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	X	NO	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	X	NO		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?		SI	NO X
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	X	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	X	NO		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	NO X	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál? —
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo					

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	60 Kilogramos	TALLA	151 Centímetros	PERÍMETRO ABDOMINAL	79 Centímetros

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
No firma				Mercedes			
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	27293868	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293379	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Marina					APELLIDOS	Martinez									SEXO	Femenino X	Masculino	Intersexual				
FECHA DE NACIMIENTO	24	02	1964	TIPO DE DOCUMENTO		X	CC	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	34676607						FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	05	06	2025				
DEPARTAMENTO	CAUCA			MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Asmet	Contributivo	Beneficiario	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Ama de casa	Trabaja	Estudia	Busca trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	Ninguna X				
TIPO DE ETNIA	Indígena	Rom	Raizal	Afro	Palenquero	Campesino	X Ninguno	TIPO DE POBLACIÓN	Discapacidad	Disc. Física	Disc. Sensorial	Visual	Auditiva	Sordoceguera	Ninguna	Pobla. Carcel	LGBTI	Otras	Ninguna				
CONDICIÓN	Desplazado	Reincorporado	Reintegrado	Migrante	X Ninguno	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ					NOMBRE DEL GRUPO	Renacer			TIPO DE GRUPO		Regular	Nuevo X				

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	—			TELÉFONO FIJO	—		CORREO ELECTRÓNICO	—				DIRECCIÓN DOMICILIARIA	San Juan			ZONA		Rural	Urbana X				
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Dirección	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—			EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—			TELÉFONO CELULAR	—						

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4. Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.		SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico? NÚMERO DE MINUTOS 120

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 2			3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?			NÚMERO DÍA 0
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	NO X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	X	NO	6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.			NÚMERO DE TRAGOS 0

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	X	NO	2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	X	NO		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?			SI	X
4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	X	NO	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	X	NO		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	X NO	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—	
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Muy bueno	X Bueno	Regular	Malo							

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	65 Kg	TALLA	161	PERÍMETRO ABDOMINAL	83 cm

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normes complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA		FIRMA MONITOR(A)			
Marina Martinez				MEDINE			
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	34676607	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293379	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Nasly					APELLIDOS	Grijalba										SEXO	Femenino	Masculino	Intersexual			
FECHA DE NACIMIENTO	2	06	1997	TIPO DE DOCUMENTO	X	CC	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	1085663491								FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2025			
DEPARTAMENTO	CAUCA			MUNICIPIO	FLORENCIA			TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	sanitas				TIPO DE OCUPACIÓN	Independiente	Dependiente	Pensionado	Hogar	Estudia	Busca trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	Gestante	
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesino	X Ninguno	TIPO DE POBLACIÓN	Base Comunitaria	Base Física	Base Sensorial	Rural	Artístico	Sendosmujeres	Embarazo	Pobla. Carcel	LGBTI	Otros	Ninguno				
CONDICIÓN	Desplazado	Reinsertado	Reincorporado	Migrante	X Ninguno	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ					NOMBRE DEL GRUPO	Actuos			TIPO DE GRUPO		X	No Vidente				

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	—		TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—			DIRECCIÓN DOMICILIARIA	—		ZONA	Rural	X Urbana		
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—		EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—		TELÉFONO CELULAR	—		

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	X NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.		SI	X NO	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS 240

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 0	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?		NÚMERO DÍAS 0	
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	X NO	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	X NO		6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.	NÚMERO DE TRAGOS 0

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	X	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	X		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?		SI	X NO
4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	X	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	X		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	X NO	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—	
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	X Bueno	Regular	Malo								

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	62 Kilogramos	TALLA	160	PERÍMETRO ABDOMINAL	78

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

Nasly Grijalba		
FIRMA DEL USUARIO (A)	FIRMA COORDINADORA)	FIRMA MONITOR(A)
NOMBRE COMPLETO	NOMBRE COMPLETO: CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO: MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1085663491	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 10293879	ROL CONTRACTUAL: MONITORA PROFESIONAL — DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Maria					APELLIDOS	Ortega									SEXO	Femenino X	Masculino	Intersexo
FECHA DE NACIMIENTO	DÍA 16	MES 09	AÑO 1997	TIPO DE DOCUMENTO	X	C.C.	T.I.	NÚMERO DE DOCUMENTO	1061088529							FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2025
DEPARTAMENTO	CAUCA			MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Asmet	Subsidiado	En Afiliación	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Trabaja	Estudia	Busca trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	Ninguna	
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesino X	Ninguno	TIPO DE POBLACIÓN	Discapacidad Cognitiva		Discapacidad Física	Discapacidad Sensorial	Visual	Auditiva	Sordoceguera	Embarazo	Pobla. Carcel	LGBTI	Otros	Ninguno
CONDICIÓN	Desplazado	Reinsertado	Desmovilizado	Migrante	Ninguna X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ					NOMBRE DEL GRUPO	Activos			TIPO DE GRUPO		Actual X	Retirado

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3106146731			TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—			DIRECCIÓN DOMICILIARIA	—		ZONA	Rural X	Urbana
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—	EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—		TELÉFONO CELULAR	—	

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa	

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico? NÚMERO DE MINUTOS 240

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 2		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1			3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?		NÚMERO DE DÍAS 0
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	NO X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	NO X		6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.		NÚMERO DE TRAGOS 0

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	NO X	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	NO X		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?			SI	NO X
4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	NO X	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	NO X		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	NO X	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Muy bueno	Bueno X	Regular	Malo						

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	51	TALLA	155	PERÍMETRO ABDOMINAL	80

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061088529	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Francy				APELLIDOS	Barbano									SEXO	Femenino X	Masculino	Intersexual					
FECHA DE NACIMIENTO	24	01	1998	TIPO DE DOCUMENTO	TI	CC X	PT	NÚMERO DE DOCUMENTO	1085663657						FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2025					
DEPARTAMENTO	CAUCA			MUNICIPIO	FLORENCIA			TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Asociat	Subsidiado X	No afiliado	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Trabaja	Estudia	Busca trabajo	Labores del hogar	Pensionado	Ninguna X				
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesino	Ninguno X	TIPO DE POBLACIÓN	Desc. Cognitiva	Desc. Física	Desc. Sensorial	Gestal	Auditiva	Sordoceguera	Ninguna	Población Carcel	LGBTI	Otros	Ninguno X				
CONDICIÓN	Desplazado	Reincorporado	Desmovilizado	Migrante	Ninguno X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ					NOMBRE DEL GRUPO	Activo)			TIPO DE GRUPO		Regular X	Recreativo				

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	322 6454401			TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—				DIRECCIÓN DOMICILIARIA	—			ZONA		Rural	Urbana X	
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—		EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—			TELÉFONO CELULAR	—		

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderado	Vigoroso

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS 120

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1	3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NÚMERO DÍAS 0
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.	NÚMERO DE TRAGOS 0

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	SI X
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	6. ¿Presenta otra enfermedad? SI / 7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Justo X	Bueno	Regular	Malo

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	En Kilogramos 67	TALLA	148	PERÍMETRO ABDOMINAL	86 Cms

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

Francy Barbano		MERCEDES
FIRMA DEL USUARIO(A)	FIRMA COORDINADORA)	FIRMA MONITOR(A)
NOMBRE COMPLETO	NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ
DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1085663657	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	liliana					APELLIDOS	fuentes											SEXO	F	M	I
FECHA DE NACIMIENTO	21	06	1982	TIPO DE DOCUMENTO		CC	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	34676394									FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	03	2025
DEPARTAMENTO	CAUCA			MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Asmet	Subsidiado	En Afiliación	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Trabaja	Estudia	Busca trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	X			
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	RROM	Palenquero	Campesino	X	TIPO DE POBLACIÓN	Discapacidad	Discapacidad Física		Discapacidad Sensorial	Visual	Auditiva	Sordoceguera	Embarazo	Pobla. Carcel	LGBTI	Otros	Ninguno					
CONDICIÓN	Deportista	Reinsertado	Desmovilizado	Víctima	X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ					NOMBRE DEL GRUPO	ACTIVOS				TIPO DE GRUPO		X						

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3184224010			TELÉFONO FIJO	—			CORREO ELECTRÓNICO	—									DIRECCIÓN DOMICILIARIA	—					ZONA	X	Urbana
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—					TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—							EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—					TELÉFONO CELULAR		

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS
		0		X		X

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	NO	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS
		0		X		X

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS 240

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 2		3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NÚMERO DÍAS 0	
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	NO X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	NO X	6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.	NÚMERO DE TRAGOS 0	

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI X	NO	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	NO X	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?		SI	NO X
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI X	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	NO X	6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	NO X	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—	
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Muy bueno	Bueno X	Regular	Malo						

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	62 Kilogramos	TALLA	166 Metros	PERÍMETRO ABDOMINAL	78 Centímetros

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	34676394	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	~~ERICK~~					APELLIDOS	CW7									SEXO	Femenino	Masculino X	Intersexual
FECHA DE NACIMIENTO	DD 06	MM 12	AAAA 2018	TIPO DE DOCUMENTO		X	CC	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	1089356135						FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	DD 09	MM 06	AAAA 2025
DEPARTAMENTO	CAUCA		MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Asmet		Subsidiado	No Afiliado	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Trabaja	Estudiar	Buscar trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	Ninguna X	
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesinos	Ninguno X	TIPO DE POBLACIÓN	Disc. Cognitiva	Disc. Física	Disc. Sensorial	Visual	Auditiva	Sordoceguera	Embarazo	Popla. Carcel	LGBTI	Otros	Ninguno X				
CONDICIÓN	Desplazado	Reinsertado	Desmovilizado	Víctimas	Ninguno X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ					NOMBRE DEL GRUPO	Activos			TIPO DE GRUPO	Activa X	Inactiva					

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3216449926			TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—				DIRECCIÓN DOMICILIARIA	—				ZONA	Rural X	Urbana	
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—		EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:					TELÉFONO CELULAR	—		

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 3	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 3	4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 3	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa															

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.																1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS 180	

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 2		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1														
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	NO X													

3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NÚMERO DÍAS 0																	
6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.	NÚMERO DE TRAGOS 0																	

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	NO X	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	NO X														
4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	NO X	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	NO X													

8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Bueno X	Regular	Malo														

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	52 Kilogramos	TALLA	150 Centímetros	PERÍMETRO ABDOMINAL	80 Centímetros

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
NOMBRE COMPLETO	Yarith Cruz	NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1089356135	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Salomé Ullota					APELLIDOS	Villota								SEXO	Femenino X	Masculino	Intersexual
FECHA DE NACIMIENTO	31	01	2017	TIPO DE DOCUMENTO		CI	CE	X	NÚMERO DE DOCUMENTO	1029625532					FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	9	06	2025
DEPARTAMENTO	CAUCA		MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Asomet		Subsidiado X	No Afiliado	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Trabaja	Estudia	Busca trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	Ninguno X	
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Comunidad	Ninguno X	TIPO DE POBLACIÓN	Discapacidad cognitiva	Discapacidad física	Discapacidad sensorial	Mental	Auditiva	Sordoceguera	Embarazo	Población Carcel	LGBTI	Otros	Ninguno		
CONDICIÓN	Desplazado	Reincorporado	Reincorporado	Migrante	Ninguno X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ					NOMBRE DEL GRUPO	Activos			TIPO DE GRUPO		Y			

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3184198454			TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—					DIRECCIÓN DOMICILIARIA	—				ZONA	X	Urbana	
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Dirección	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—			EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—				TELÉFONO CELULAR	—		

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.		SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre? 0	NÚMERO DE MINUTOS

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa	

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS 180

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?		NÚMERO DIAS 0	
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	X	6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.		NÚMERO DE TRAGOS 0	

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	X	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	X		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?			SI	X
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	X	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	X		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	X NO	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Bueno X	Regular	Limitado	Malo						

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	33 Kilogramos	TALLA	130 Centímetros	PERÍMETRO ABDOMINAL	58 Centímetros

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesta que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

Martha Imbachi		FECHA
FIRMA DEL USUARIO (A)	FIRMA COORDINADORA)	FIRMA MONITOR(A)
NOMBRE COMPLETO	NOMBRE COMPLETO: CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO: MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1029625532	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 10293879	ROL CONTRACTUAL: MONITORA PROFESIONAL — DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Yully					APELLIDOS	Estrella									SEXO	Femenino X	Masculino	Intersexo
FECHA DE NACIMIENTO	22	05	86	TIPO DE DOCUMENTO	X	CC	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	1089480353							FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2025
DEPARTAMENTO	CAUCA		MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	ASmet	Subsidiado	No Aplica	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Trabaja	Estudia	Busca trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	Ninguno X	
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesino	Ninguno X	TIPO DE POBLACIÓN	Disc. Cognitiva	Disc. Física	Disc. Sensorial	Víctima	Andino	Sordoceguera	Embarazo	Pobla. Carcel	LGBTI	Otros	Ninguno X
CONDICIÓN	Desplazado	Reincorporado	Reintegrado	Migrante	Ninguno X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ				NOMBRE DEL GRUPO	Activos			TIPO DE GRUPO		Activo X	Inactivo	

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	310 8970894			TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—				DIRECCIÓN DOMICILIARIA	—			ZONA	Rural X	Urbana
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—		EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—			TELÉFONO CELULAR	—	

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	X	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DE DÍAS	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS	2								

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4. Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.		SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DE DÍAS	0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS	180								

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderado	Vigorosa

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.

1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS	180

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES	2	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES	2	3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?										NÚMERO DIAS	0
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	X	NO	6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?										NÚMERO DE TRAGOS	0

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	X	NO	2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?	SI	X	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?								SI	X
4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	X	NO	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	X	NO	6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	X	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—					
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Muy bueno	Bueno X	Regular	Malo												

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	74 Kilogramos	TALLA	150 Centímetros	PERÍMETRO ABDOMINAL	100 Centímetros

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a: lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
NOMBRE COMPLETO	Yully estrella	NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1089480353	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293079	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Jhonier					APELLIDOS	Fernandez											SEXO	~~M~~	X	Intersexual
FECHA DE NACIMIENTO	DIA 22	MES 09	AÑO 2018	TIPO DE DOCUMENTO	X	CC	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	1029625303									FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2025
DEPARTAMENTO	CAUCA		MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Asmet	Subsidiado	No Afiliado	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Trabaja	Estudiar	Busca trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	Ninguna							
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesinos	X	TIPO DE POBLACIÓN	Discapacidad	Discapacidad Física	Discapacidad Sensorial	Víctima	Auditiva	Sordoceguera	Embarazo	Pobla. Carcel	LGBTI	otros	X Ninguno						
CONDICIÓN	Desplazado	Reincorporado	Desmovilizado	Víctimas	Migrante X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ					NOMBRE DEL GRUPO	Activos			TIPO DE GRUPO		X Activo	Recreativo						

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3146821978			TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—						DIRECCIÓN DOMICILIARIA	—				ZONA	Rural	X Urbana						
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	X Llamada o celular	Correo electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—				EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—				TELÉFONO CELULAR	—							

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS 120

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 2		3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NÚMERO DÍAS 0
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	X NO	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	X NO	6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?	NÚMERO DE TRAGOS 0

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	X NO	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?	SI	X NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	SI	X NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	X NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	X NO	6. ¿Presenta otra enfermedad? SI NO	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Regular X	Buena	Regular	Mala			

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	25 Kilogramos	TALLA	125 Centímetros	PERÍMETRO ABDOMINAL	60 Centímetros

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

Nilsa Grizalba F.		
FIRMA DEL USUARIO (A)	FIRMA COORDINADORA)	FIRMA MONITOR(A)
NOMBRE COMPLETO	NOMBRE COMPLETO: CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO: MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1029625303	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 10293879	ROL CONTRACTUAL: MONITORA PROFESIONAL — DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1061703693

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FÍSICA

Indeportes CAUCA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Camila					APELLIDOS	Pinto									SEXO	Femenino	Masculino	Intersexual
FECHA DE NACIMIENTO	7	04	2005	TIPO DE DOCUMENTO		CE		X	NÚMERO DE DOCUMENTO	1061088024						FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	9	06	2025
DEPARTAMENTO	CAUCA			MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Asmet															
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesino	X	Ninguno	TIPO DE POBLACIÓN	Discapacidad	Víctima	Desmovilizado	Gestante	Adulto Mayor	Ninguno								
CONDICIÓN	Desplazado	Reincorporado	Desmovilizado	Víctima	X Ninguno	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ									NOMBRE DEL GRUPO	Activas			TIPO DE GRUPO	Regular	X Especial	Institucional

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3148538749			TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—					DIRECCIÓN DOMICILIARIA	El Placer			ZONA	Rural	Urbana	
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo o celular X	Correo electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—			EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—			TELÉFONO CELULAR			

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DE DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0				

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico? NÚMERO DE MINUTOS 100

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES		2	3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?						NÚMERO DÍAS 0	
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	NO X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	NO X		6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.						NÚMERO DE TRAGOS 0	

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	NO X	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	NO X		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?					SI	NO X	
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	NO X	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	NO X		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	NO	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—			
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Muy bueno	Bueno X	Regular	Malo									

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	150	TALLA	153	PERÍMETRO ABDOMINAL	69 cm

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
	X Camila Pinto				MERCEDES		
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	X Camila Pinto	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Ruby Estella					APELLIDOS	Bolaños									SEXO	Femenino X	Masculino	Intersexual				
FECHA DE NACIMIENTO	DD 23	MM 12	AAAA 1972	TIPO DE DOCUMENTO		X	CE	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	34676150						FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	02	06	2025				
DEPARTAMENTO	CAUCA			MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Sanitas	Subsidiado	No Afiliado	Regimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Trabaja	Estudia	Buscar trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	Ninguna				
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesinos	X Ninguno	TIPO DE POBLACIÓN	Disc. Cognitiva	Disc. Física	Disc. Sensorial	Visual	Auditiva	Sordoceguera	Embarazo	Pobla. Carcel	LGTBI	Otros	Ninguno				
CONDICIÓN	Desplazado	Reinsertado	Desmovilizado	Victimas	X Ninguna	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ					NOMBRE DEL GRUPO					TIPO DE GRUPO		Regular	No Regular			

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3206502745					TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—					DIRECCIÓN DOMICILIARIA	El Placer					ZONA	X	Urbana	
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—			TELÉFONO DEL ACUDIENTE				EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—				TELÉFONO CELULAR	—					

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS X			

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	MINUTOS 120

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES			3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?			NÚMERO DÍAS 0	
4. ¿Usted fuma actualmente algun producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	NO X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	NO X		6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.			NÚMERO DE TRAGOS 0	

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿ Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	X	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	X		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?				SI	X
4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	X	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	X		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	X	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—		
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo								

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	En kilogramos	TALLA	156	PERÍMETRO ABDOMINAL	En cm

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
NOMBRE COMPLETO	Ruby Estella Bolaños	NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	X 34.676.150.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Carolina					APELLIDOS	Solarte										SEXO	X	Femenino	Masculino	Intersexual
FECHA DE NACIMIENTO	26	09	1993	TIPO DE DOCUMENTO		X	CC	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	1061087789							FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	9	06	2025	
DEPARTAMENTO	CAUCA			MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Asmet	Subsidiado	X	Beneficiario	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabajador dependiente	Trabaja	Estudia	Buscar trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	Ninguna	X	
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesino	X Ninguno	TIPO DE POBLACIÓN	Disc. Cognitiva		Disc. Física		Disc. Sensorial	Visual	Auditiva	Sordoceguera	Embarazo	Poblac. Carcel	LGBTI	Otros	Ninguno				
CONDICIÓN	Desplazado	Reinsertado	Desmovilizado	Victima	X Ninguna	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ					NOMBRE DEL GRUPO	Los Activos	TIPO DE GRUPO					Rural	X	Ninguno				

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3105299040			TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—			DIRECCIÓN DOMICILIARIA	El Placer			ZONA	X	Urbana		
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—		EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—			TELÉFONO CELULAR	—			

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	X NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	NUMERO DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NUMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.		SI	X NO	5. ¿Cuántos días a la semana?	NUMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS 420

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 2	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1	3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NUMERO DIAS 0
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI X NO	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI X	6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.	NÚMERO DE TRAGOS 0

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI X	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI X	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	SI	X NO
4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI X	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI X NO	6. ¿Presenta otra enfermedad? SI NO	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Muy bueno	X Bueno	Regular	Malo	

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	56 Kilogramos	TALLA	149 Centímetros	PERÍMETRO ABDOMINAL	85 Centímetros

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

Carolina Solarte		TECHE
FIRMA DEL USUARIO (A)	FIRMA COORDINADORA)	FIRMA MONITOR(A)
NOMBRE COMPLETO	NOMBRE COMPLETO: CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO: MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1061087789	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 10293679	ROL CONTRACTUAL: MONITORA PROFESIONAL — DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Maribel					APELLIDOS	Ortega								SEXO	Femenino X	Masculino	Intersexual
FECHA DE NACIMIENTO	15	06	1996	TIPO DE DOCUMENTO		X	CC	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	1085663209					FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2025
DEPARTAMENTO	CAUCA		MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Santas		Subsidiado	En Afiliación	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabajo estudio	Trabajo	Estudia	Buscar trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	Ninguna	
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesino	X Ninguno	TIPO DE POBLACIÓN	Discapacidad Cognitiva	Discapacidad Física	Discapacidad Sensorial	Víctima	Artística	Sordoceguera	Embarazo	Población Carcel	LGBTI	Otros	Ninguno
CONDICIÓN	Desplazado	Reincorporado	Desmovilizado	Víctima	X Ninguno	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ					NOMBRE DEL GRUPO	ACTIVOS			TIPO DE GRUPO		X Actual	Ha seguido

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3217665082			TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—					DIRECCIÓN DOMICILIARIA	—			ZONA	X Rural	Urbana
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—			EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—			TELÉFONO CELULAR	—	

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	X NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DE DÍAS	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	X NO	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS	0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS	30	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa	

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.

1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS	120

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES	1	3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?			NÚMERO DÍAS	0	
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	X NO	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	NO		6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.		NÚMERO DE TRAGOS	2	

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	X SI	NO	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	X	NO		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?			SI	X NO
4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	X	NO	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	X	NO		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	X NO	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Regular	Bueno	Regular	Malo						

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	68 Kg	TALLA	163	PERÍMETRO ABDOMINAL	81

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
X Maribel Juliana Ortega				Recibe			
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	X 1085 663 209	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293679	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Indeportes CAUCA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Eustorgio					APELLIDOS	Ortega Rivera										SEXO	Femenino	Masculino X	Intersexual
FECHA DE NACIMIENTO	Día 18	Mes 02	Año 1969	TIPO DE DOCUMENTO	X			NÚMERO DE DOCUMENTO	94397870								FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2025
DEPARTAMENTO	CAUCA		MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Sanitas	Subsidiado	Beneficiario	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja por cuenta propia	Trabaja	Estudia	Busca trabajo	Labores del hogar	Pensionado	Ninguna	
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Mulat	ROM	Palenquero	Campesino	X Ninguno	TIPO DE POBLACIÓN	Discapacidad Cognitiva	Discapacidad Física	Discapacidad Sensorial	Gestante	Lactante	Sordoceguera	Ninguno	Fecha Corte	16 RM	Otros	Ninguno
CONDICIÓN	Desplazado	Reinsertado	Desmovilizado	Migrante	Ninguno X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ					NOMBRE DEL GRUPO	ACTIVOS			TIPO DE GRUPO		Activa X	Re-Ingreso	

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3147480724			TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —					DIRECCIÓN DOMICILIARIA	— o —				ZONA		X Urbana	Rural
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	— o —			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —			EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	— o —				TELÉFONO CELULAR	— o —		

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NUMERO DIAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NUMERO DIAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NUMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico? NUMERO DE MINUTOS AND

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 2	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?			NUMERO DIAS 0	
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	NO X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez esta lista para consumir y antes de probarla?	SI	NO X		6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.		NUMERO DE TRAGOS 0

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	NO X	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	NO X		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?				SI	NO X
4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	NO X	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	NO X		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	NO X	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—	—
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Muy bueno X	Bueno	Regular	Malo								

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	50 Kilogramos	TALLA	150	PERÍMETRO ABDOMINAL	88

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO(A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
	X Eustorgio Ortega R.				Recibe		
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	X Eustorgio Ortega R.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Erika					APELLIDOS	Bolaños										SEXO	Femenino X	Masculino	Intersexual
FECHA DE NACIMIENTO	15	05	1992	TIPO DE DOCUMENTO	X	CC	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	1085661977								FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	9	06	2025
DEPARTAMENTO	CAUCA			MUNICIPIO	FLORENCIA			TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	sanitas	Contributivo	Sin Afiliación	Regimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabajador Informal	Empleado	Estudia	Busca trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	Ninguno	
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesino	X Ninguno	TIPO DE POBLACIÓN	Discapacidad Cognitiva	Discapacidad Física		Discapacidad Sensorial	Víctima	Académico	Servidor público	Embarazo	Población Carcel	LGBTI	Otros	Ninguno
CONDICIÓN	Desplazado	Reinsertado	Desmovilizado	Víctima	Ninguno X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ					NOMBRE DEL GRUPO	Activos				TIPO DE GRUPO	Abierto X		Recreativo

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3116272624			TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—			DIRECCIÓN DOMICILIARIA	—			ZONA	Rural X	Urbana
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—			EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—		TELÉFONO CELULAR	—

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al Ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al Ítem 3.3.		SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?							NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigoroso	

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS 180

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES	1	3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?				NUMERO DÍAS 0	
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	X	6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.				NÚMERO DE TRAGOS 0	

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI X	NO	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	X	NO		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?				SI	X
4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI X	NO	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	X	NO		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	X	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—	
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Muy bueno	Bueno X	Regular	Malo							

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	63 Kilogramo	TALLA	158 Centímetro	PERÍMETRO ABDOMINAL	80 Centímetro

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
Erika Bolaños.				Hoy			
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1085661977.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293679	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Dayeli					APELLIDOS	Perafan										SEXO	Femenino X	Masculino	Intersexual
FECHA DE NACIMIENTO	5	01	1996	TIPO DE DOCUMENTO		X	CC	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	1085663083							FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	9	06	2025
DEPARTAMENTO	CAUCA			MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Asmet	Subsidiado	Sin Afiliación	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabajo en casa	Estudia	Busca trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	Ninguna X					
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesino	X Ninguno	TIPO DE POBLACIÓN	Disc. Cognitiva	Disc. Física	Disc. Sensorial	Víctima	Análfabeta	Sinterhagueña	Embarazo	Habita. Calle	LGBTI	Otro	Ninguno X				
CONDICIÓN	Desplazado	Reinsertado	Desmovilizado	Víctima	X Ninguno	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ					NOMBRE DEL GRUPO	Activos			TIPO DE GRUPO		X					

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3227180841				TELÉFONO FIJO	— o —		CORREO ELECTRÓNICO	— o —						DIRECCIÓN DOMICILIARIA	El Alto					ZONA	X Rural	Urbana
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo o celular		Correo electrónico	Dirección		NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	— o —					TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —			EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	— —					TELÉFONO CELULAR	— o —	

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0							

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa	

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS 240

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO PORCIONES 1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 2		3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?				NÚMERO DÍAS 0	
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	NO X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	NO X		6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.			NÚMERO DE TRAGOS 0

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿ Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	NO X	2.¿ Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	NO X		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?			SI	NO X
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	NO X	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	NO X		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	NO X	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	— o —	
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Muy bueno X	Bueno	Regular	Malo							

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	60 Kilogramos	TALLA	156	PERÍMETRO ABDOMINAL	79

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____, Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	X 1085.663.083	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Edith Adiela					APELLIDOS	Cruz									SEXO	Femenino X	Masculino	Intersexual
FECHA DE NACIMIENTO	26	11	1975	TIPO DE DOCUMENTO	X	CC	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	34676173							FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2025
DEPARTAMENTO	CAUCA			MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Asmet	Subsidiado	Es Activo	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja en casa	Estudia	Busca trabajo	Labores del hogar	Pensionado	Ninguna X	
TIPO DE ETNIA	Indígena	Rom	Raizal	ISRO	Palenquero	Campesino	Ninguno X	TIPO DE POBLACIÓN	Discapacidad	Otra: Cuál?	Desc. Sensorial	Víctima	Afrodes	Sordociguera	Embarazo	Pobla. Cárcel	LGBTI	Otros	Ninguno X
CONDICIÓN	Desplazado	Reincorporado	Desmovilizado	Migrante	Ninguno X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ					NOMBRE DEL GRUPO	Activos			TIPO DE GRUPO	Activo X		No integra

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3142601266		TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—				DIRECCIÓN DOMICILIARIA	El Alto		ZONA	Rural X	Urbana
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Ninguno	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—		EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—		TELÉFONO CELULAR	—	

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.		SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS 180

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 2		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES	2	3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?			NÚMERO DÍAS 0		
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	NO X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	NO X		6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.			NÚMERO DE TRAGOS 0	

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	NO X	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	NO X		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?			SI	NO X
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	NO X	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	NO		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	NO X	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Muy bueno	Bueno X	Regular	Malo						

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	55 Kg	TALLA	148 cm	PERÍMETRO ABDOMINAL	80 cm

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
X Edith Adiela Cruz				Recibe			
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	X 34676 173	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Kathern Gabriela					APELLIDOS	Belalcazar									SEXO	Femenino X	Masculino	Intersexual
FECHA DE NACIMIENTO	17	11	2007	TIPO DE DOCUMENTO	TI X	CC	E	NÚMERO DE DOCUMENTO	1089348954							FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2025
DEPARTAMENTO	CAUCA		MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Adulto	Cabeza de familia	Beneficiario	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Independiente	Empleado	Estudia	Busca trabajo	Labores del hogar	Pensionado	Ninguna					
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesino	Ninguno X	TIPO DE POBLACIÓN	Discapacidad	Desplazado	Reinsertado	Víctima	Habitante de calle	Privado de la libertad	Adulto mayor	Gestante	Lactante	Ninguna					
CONDICIÓN	Deportista	Recreativo	Desescolarizado	Veterano	Ninguna X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ				NOMBRE DEL GRUPO	Activos				TIPO DE GRUPO	Activa X	Recreativa						

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3135548093			TELÉFONO FIJO	—		CORREO ELECTRÓNICO	—					DIRECCIÓN DOMICILIARIA	El Alto				ZONA	Rural X	Urbana			
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—				TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—			EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—				TELÉFONO CELULAR	—				

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.		SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa	

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS 180

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1			3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?					NÚMERO DÍAS 0	
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	NO X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	NO X		6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.					NÚMERO DE TRAGOS 0	

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	NO X	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	NO X		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?					SI	NO X
4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	NO X	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	NO X		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	NO X	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—		
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Muy bueno X	Bueno	Regular	Malo									

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	55 Kilogramos	TALLA	157	PERÍMETRO ABDOMINAL	70 Centímetros

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
	X Katherin Gabriela Belalcazar			Fecha			
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	X1089348954	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293679	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Indeportes CAUCA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Danna Valentina				APELLIDOS	Ortega Martinez									SEXO	Femenino X	Masculino	Intersexual
FECHA DE NACIMIENTO	Día 6	Mes 06	Año 2012	TIPO DE DOCUMENTO		CC X	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO							FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2025
DEPARTAMENTO	CAUCA		MUNICIPIO	FLORENCIA	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	ASnet		Subsidiado	En Afiliación	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja ocasional	Trabaja	Estudia	Busca trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	Ninguna	
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesino X	Ninguno	TIPO DE POBLACIÓN	Discapacidad Cognitiva	Discapacidad Física	Discapacidad Sensorial	Víctima	Amadres	Sordoparlante	Embarazo	Pobla. Carcel	LGTBI	Otros	Ninguno X
CONDICIÓN	Desplazado	Reincorporado	Desmovilizado	Migrante	Ninguno X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ				NOMBRE DEL GRUPO	Activos			TIPO DE GRUPO	Rural X		No focalizado

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3135548093		TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—		DIRECCIÓN DOMICILIARIA	El Alto		ZONA	Rural X	Urbana	
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—	EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—		TELÉFONO CELULAR	—		

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al Ítem 3.2.	SI	NO 0	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al Ítem 3.3.	SI	NO 0	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0				

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderado	Vigorosa

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS 180

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?				NÚMERO DÍAS 1	
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	NO X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	NO X	6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.				NÚMERO DE TRAGOS 1	

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	NO X	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	NO X	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?				SI	NO X
4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	NO X	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	NO X	6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	NO	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—		
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo							

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	50 Kilos	TALLA	151 Centímetros	PERÍMETRO ABDOMINAL	68 Centímetros

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normes complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
X Danna Valentina Ortega Martinez							
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD		DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10283679	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Gladys				APELLIDOS	Fernández											SEXO	Femenino X	Masculino	Intersexo			
FECHA DE NACIMIENTO	DD	MM	AÑO	TIPO DE DOCUMENTO	CC X	CE	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	34676726								FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2025			
DEPARTAMENTO	CAUCA		MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	ASmtt	Cotizante X	Beneficiario	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Trabaja	Estudia	Busca trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	Ninguna					
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesinos	Ninguno X	TIPO DE POBLACIÓN	Discapacidad Cognitiva	Discapacidad Física	Discapacidad Sensorial	Mental	Auditiva	Sordoceguera	Embarazo	Pobla. Carcel	LGTBI	Otros	Ninguno X				
CONDICIÓN	Desplazado	Reinsertado	Desmovilizado	Migrante	Ninguna X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ				NOMBRE DEL GRUPO	ACTIVOS				TIPO DE GRUPO		Formal X	No Formal				

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3234770434			TELÉFONO FIJO	—			CORREO ELECTRÓNICO	—					DIRECCIÓN DOMICILIARIA	—					ZONA	Rural X	Urbana	
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Llamada telefónica X	Correo electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—					TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—			EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—					TELÉFONO CELULAR	—		

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DE DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 3	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa	

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	HORAS Y MINUTOS 180

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?		NÚMERO DIAS 0	
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	NO X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	NO X	6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.		NÚMERO DE TRAGOS 0	

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	NO X	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	NO X		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?			SI	NO X
4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	NO X	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	NO X		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	NO X	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—	
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo							

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	96 Kilogramos	TALLA	158 Centímetros	PERÍMETRO ABDOMINAL	96 Centímetros

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
Gladys Lucia Fernandez				MERCEDES			
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	34676726	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Sandra			APELLIDOS	Narvaez									SEXO	Femenino X	Masculino	Intersexo	
FECHA DE NACIMIENTO	11	11	1988	TIPO DE DOCUMENTO	X	CC	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	1061086709					FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2025	
DEPARTAMENTO	CAUCA		MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Asmet	Contributivo X	Régimen especial	Vinculado	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Trabaja	Estudia	Busca trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	Ninguna X	
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Rom	Raizal	Palenquero	Campesino X	Ninguno	TIPO DE POBLACIÓN	Discapacidad	Desplazado	Reinsertado	Desmovilizado	Víctima	Habitante de calle	Privado de la libertad	Adulto mayor	Gestante	Lactante	Persona cuidadora	Ninguno X		
CONDICIÓN	Desplazado	Reinsertado	Desmovilizado	Víctima	Ninguno X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ				NOMBRE DEL GRUPO	Activos				TIPO DE GRUPO	Abierto X	Cerrado				

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3218457331	TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—	DIRECCIÓN DOMICILIARIA	—	ZONA	Rural X	Urbana			
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo o celular X	Correo electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—	EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—	TELÉFONO CELULAR	—		

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS 180

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1	3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NÚMERO DÍAS X
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI X	6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.	NÚMERO DE TRAGOS 0

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI X	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI X	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	SI	NO X
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI X	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	NO X	6. ¿Presenta otra enfermedad? SI	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál? —
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Muy bueno X	Bueno	Regular	Malo	

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	60 Kilogramos	TALLA	151 Centímetros	PERÍMETRO ABDOMINAL	87

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
Sandra Narvaez				Mercedes			
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061086709	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Brayan					APELLIDOS	Vallejo										SEXO	Femenino	X Masculino	Intersexual
FECHA DE NACIMIENTO	15	03	2005	TIPO DE DOCUMENTO		CC	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	1123203653								FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2025
DEPARTAMENTO	CAUCA			MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Asmet	Subsidiado	Pe Afiliado	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Trabaja	Estudia	Busca trabajo	Labores del hogar	Pensionado	X Ninguna	
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Comunidad	X Ninguno	TIPO DE POBLACIÓN	Discapacidad	Dific. Física	Disc. Sensorial	Mental	Auditiva	Sordoceguera	Embarazo	Pobla. Carcel	LGBTI	Otra	Ninguna
CONDICIÓN	Registrado	Remplazado	Desvinculado	Nuevo	X Antiguo	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ					NOMBRE DEL GRUPO	Activos				TIPO DE GRUPO		X Regular	No Regular

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3226199846			TELÉFONO FIJO	—		CORREO ELECTRÓNICO	—				DIRECCIÓN DOMICILIARIA	—				ZONA	X Rural	Urbana
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	X Mensaje de celular	Correo electrónico	Llamada	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—			EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—				TELÉFONO CELULAR	—	

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	NO 0	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS X	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS X	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	X	NÚMERO DE MINUTOS X				

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.

1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS 130	

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES	1		3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?				NÚMERO DÍAS 0	
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	X NO	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	X NO		6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.				NÚMERO DE TRAGOS 0	

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿ Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	X NO	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alta?.	SI	X NO		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?			SI	NO X
4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	X NO	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	X NO		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	X NO	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—	
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	X Muy bueno	Bueno	Regular	Malo							

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	104 Kilos	TALLA	175 Metros	PERÍMETRO ABDOMINAL	85 Centímetros

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
Brayan Vallejo				Mercedes			
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1123203653	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293679	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Indeportes CAUCA — Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Natalia					APELLIDOS	Fernandez											SEXO	Femenino X	Masculino	Intersexo
FECHA DE NACIMIENTO	01	5	2006	TIPO DE DOCUMENTO		X		NÚMERO DE DOCUMENTO	1061086544									FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2025
DEPARTAMENTO	CAUCA			MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Asact	Contributivo X	Beneficiario	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Trabaja	Estudia	Busca trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	Ninguna						
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesino	X Ninguno	TIPO DE POBLACIÓN	Discapacidad	Desplazado	Reinsertado	Gestante	Lactante	Adulto mayor	Habitante de calle	Privada Libertad	LGTBI	Otros	X Ninguno						
CONDICIÓN	Desplazado	Reinsertado	Desmovilizado	Víctima	X Ninguno	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ					NOMBRE DEL GRUPO	Activos				TIPO DE GRUPO		X Activa		Retirado				

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3104618814				TELÉFONO FIJO	—		CORREO ELECTRÓNICO	—								DIRECCIÓN DOMICILIARIA	—					ZONA	Rural		Urbana X
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	X Mensaje de texto o llamada		Correo electrónico		Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—					TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—				EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—					TELÉFONO CELULAR	—		

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DIAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DIAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS 180

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 2		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?			NÚMERO DIAS 0		
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	NO X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	X	6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.			NÚMERO DE TRAGOS 0		

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	NO X	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	NO X	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?			SI	NO X	
4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	NO X	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	NO X	6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	NO X	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—	
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente X	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo						

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	67	TALLA	165	PERÍMETRO ABDOMINAL	72

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
Natalia Fernández							
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061086544	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Elodia					APELLIDOS	Dorado									SEXO	Femenino X	Masculino	Intersexual
FECHA DE NACIMIENTO	01	11	1949	TIPO DE DOCUMENTO	X	CC	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	25521759							FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2025
DEPARTAMENTO	CAUCA			MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Asanet	Subsidiado	No Afiliado	Regimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Trabaja	Estudiar	Buscar trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	Rentista	
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesino	Ninguna X	TIPO DE POBLACIÓN	Disc. Cognitiva	Disc. Física	Disc. Sensorial	Visual	Auditiva	Sordoceguera	Embarazo	Poblac. Carcel	LGBTI	Otros	Ninguno X		
CONDICIÓN	Desplazado	Reinsertado	Reincorporado	Victimas	X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ					NOMBRE DEL GRUPO	ACTIVOS			TIPO DE GRUPO	Abierto X	Cerrado	Mixto		

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3206178580			TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—					DIRECCIÓN DOMICILIARIA	—			ZONA	Rural X	Urbana
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo o celular	Correo Electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—			EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—			TELÉFONO CELULAR	—	

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DIAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.		SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NUMERO DIAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?				NUMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS 230

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?				NÚMERO DIAS 0
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	X	6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.				NÚMERO DE TRAGOS 0

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	X	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	X		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?			SI	NO X
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	X	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	X		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	X	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—	
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Bueno X	Regular	Malo								

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	66 Kilos	TALLA	145 cms	PERÍMETRO ABDOMINAL	84 cms

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
Elodia Dorado				Mercedes			
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	25521759	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Adiela					APELLIDOS	Ordoñez											SEXO	Femenino X	Masculino	Intersexual
FECHA DE NACIMIENTO	DD	MM	AAAA	TIPO DE DOCUMENTO	X	CC	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	34676173									FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	06	06	2025
DEPARTAMENTO	CAUCA		MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Asmet	X Cotizante	Beneficiario	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja actualmente	Hogar	Estudia	Busca trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	Ninguna	
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesino X	Ninguno	TIPO DE POBLACIÓN	Discapacidad	Desplazado	Adulto mayor	Gestante	Adulto	Adolescente	Embarazo	Pobla. Carcel	LGBTI	Otros	Ninguno X
CONDICIÓN	Desplazado	Reinsertado	Desmovilizado	Víctima	Ninguna X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ				NOMBRE DEL GRUPO	Activos				TIPO DE GRUPO	X		

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3142601246	TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—		DIRECCIÓN DOMICILIARIA	—		ZONA	X	Urbana
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—	EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—	TELÉFONO CELULAR	—		

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	X NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	X NO	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS 720

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 2	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1	3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NÚMERO DÍAS 0
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	X NO	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	X NO	6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.	NÚMERO DE TRAGOS 0

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	X NO	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	X NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	SI	X NO
4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	X NO	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	X NO	6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	NO	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	X Muy bueno	Bueno	Regular	Malo					

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	51 kilogramos	TALLA	150	PERÍMETRO ABDOMINAL	82

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normes complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

Edith Adiela Ordoñez		
FIRMA DEL USUARIO (A)	FIRMA COORDINADORA)	FIRMA MONITOR(A)
NOMBRE COMPLETO	NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ
DOCUMENTO DE IDENTIDAD 34676173	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293679	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Alberto			APELLIDOS	Bolaños											SEXO	Femenino	X Masculino	Intersexo				
FECHA DE NACIMIENTO	30	06	1985	TIPO DE DOCUMENTO	X	CC	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	91136862							FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2025				
DEPARTAMENTO	CAUCA			MUNICIPIO	FLORENCIA			TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Asmet	Subsidiado	No Afiliado	Regimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Trabaja	Estudia	Buscar trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	X Ninguna			
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesino	X Ninguno	TIPO DE POBLACIÓN	Discapacidad	Disc. Física	Disc. Sensorial	Mental	Auditiva	Sordoceguera	Educando	Pobla. Carcel	LGBTI	Otros	X Ninguno				
CONDICIÓN	Desplazado	Reincorporado	Desmovilizado	Victima	X Ninguno	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ				NOMBRE DEL GRUPO	Activos			TIPO DE GRUPO		X Activo	Recreativo					

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	305 301 3136			TELÉFONO FIJO		CORREO ELECTRÓNICO								DIRECCIÓN DOMICILIARIA	El Placer				ZONA	X Rural	Urbana		
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Telefono fijo o celular	Correo electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD				TELÉFONO DEL ACUDIENTE						EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	— o —				TELÉFONO CELULAR	— o —			

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al Ítem 3.2.	SI	X NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?, Si la respuesta es NO pase al Ítem 3.3.	SI	X NO	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS 120

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 6			3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NÚMERO DÍAS 0		
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	X NO	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez esta lista para consumir y antes de probarla?	SI	X NO		6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.	NÚMERO DE TRAGOS 0		

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	X NO	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	X NO		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?			SI	X NO		
4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	X NO	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	X NO		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	NO	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—			
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	X Muy bueno	Bueno	Regular	Malo									

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	102 Kg	TALLA	173 cm	PERÍMETRO ABDOMINAL	114 cm

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
ALBERTO. BAÑOL							
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD		DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Danna					APELLIDOS	Ortiz										SEXO	F	Masculino	Intersexual
FECHA DE NACIMIENTO	12	03	2001	TIPO DE DOCUMENTO	CC	X	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	1061086943								FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2025
DEPARTAMENTO	CAUCA		MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Asmet	Contributivo	Subsidiado	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Trabaja	Estudiar	Busca trabajo	Fuera del hogar	Pensionado	X	Ninguna	
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesino	X	TIPO DE POBLACIÓN	Desc. Cognitiva	Disc. Física	Desc. Sensorial	Visual	Auditiva	Sordoceguera	Psicosocial	Punto Cultural	LGBTI	otros	Ninguna	
CONDICIÓN	Desplazado	Reinsertado	Reconocido Gob.	Migrante	X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ				NOMBRE DEL GRUPO	Activos				TIPO DE GRUPO	X		Reclusión	

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3146621902			TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—			DIRECCIÓN DOMICILIARIA	Placer			ZONA	X	Urbana
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Mensaje de texto	X	Correo electrónico	Llamada	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—		EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—			TELÉFONO CELULAR	—	

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI X	NO	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 2	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 60

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS 180

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES	1		3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?		NÚMERO DÍAS 0
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	NO X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	X		6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.		NÚMERO DE TRAGOS 3

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	NO X	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	X		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?		SI	X
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	NO X	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	X		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	NO	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Muy bueno X	Bueno	Regular	Malo						

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	85 Kilogramos	TALLA	160 Centímetros	PERÍMETRO ABDOMINAL	98 Centímetros

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
Danna Ortiz				Mercedes			
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD		DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Danny					APELLIDOS	Avendaño									SEXO	Femenino X	Masculino	Intersexual
FECHA DE NACIMIENTO	DD	MM	AAAA	TIPO DE DOCUMENTO	X	CC	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	1115941764							FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2025
DEPARTAMENTO	CAUCA		MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Asmet	Subsidiado	No Afiliado	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Trabaja	Estudia	Busca trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	Ninguna	
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesino	Ninguno X	TIPO DE POBLACIÓN	Disc. Cognitiva	Disc. Física	Disc. Sensorial	Visual	Auditiva	Sordoceguera	Embarazo	Pobla. Carcel	LGBTI	Otros	Ninguno X
CONDICIÓN	Desplazado	Reincorporado	Desmovilizado	Retornado	Ninguno X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ				NOMBRE DEL GRUPO	Activos				TIPO DE GRUPO	Activo X		No Incluido

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3137242823		TELÉFONO FIJO		CORREO ELECTRÓNICO					DIRECCIÓN DOMICILIARIA	— — —			ZONA	Rural X	Urbana
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD			TELÉFONO DEL ACUDIENTE			EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	— — —			TELÉFONO CELULAR		

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NUMERO DIAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NUMERO DE MINUTOS 0	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NUMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0					

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NUMERO DE MINUTOS 130	

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NUMERO DE PORCIONES 3		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NUMERO DE PORCIONES 1		3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?				NUMERO DIAS 0	
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	NO X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	NO X	6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.				NUMERO DE TRAGOS 0	

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	NO X	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	NO X		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?				SI	NO 0
4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	NO X	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	NO X		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	NO	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	— — —		
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Muy bueno X	Bueno	Regular	Malo								

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	70 Kilogramos	TALLA	160 Cm	PERÍMETRO ABDOMINAL	75 Cm

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
Yaneth Avendaño				MERCEDES			
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD		DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Olivia					APELLIDOS	Fuentes									SEXO	Femenino X	Masculino	Intersexual
FECHA DE NACIMIENTO	DD	MM	Años	TIPO DE DOCUMENTO	X	CC	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	34676750							FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2024
DEPARTAMENTO	CAUCA		MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD		Sabe Leer	No Escribe	Básica o especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Hogar	Estudia	Busca trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	Ninguna	
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	Rrom	Campesino	X Ninguno	TIPO DE POBLACIÓN	Dis. Cognitiva	Dis. Física	Dis. Sensorial	Visual	Auditiva	Sordoceguera	Embarazo	Pobl. Carcel	LGBTI	Otros	Ninguno X	
CONDICIÓN	Desplazado	Reincorporado	Desmovilizado	Víctima	Ninguna X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ				NOMBRE DEL GRUPO	Activos				TIPO DE GRUPO	Activa X	Inactiva	

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3122348791		TELÉFONO FIJO		CORREO ELECTRÓNICO				DIRECCIÓN DOMICILIARIA			ZONA	Rural	Urbana
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo o celular	Correo Electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD		TELÉFONO DEL ACUDIENTE		EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:				TELÉFONO CELULAR		

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al Ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al Ítem 3.3.		SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0						

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderado	Vigorosa

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico? NÚMERO DE MINUTOS 420

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 2			3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?			NÚMERO DIAS 0
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	NO X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	NO X		6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.			NÚMERO DE TRAGOS 0

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	NO X	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	NO X		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?				SI	NO X
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	NO X	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	NO X		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	NO	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?		
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Muy bueno	Bueno X	Regular	Malo							

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	62 Kg	TALLA	155 Cm	PERÍMETRO ABDOMINAL	83 Cm

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
Olivia Fuentes Benítez							
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD		DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Nilsa					APELLIDOS	Grijalba										SEXO	Femenino X	Masculino	Intersexual
FECHA DE NACIMIENTO	13	04	1980	TIPO DE DOCUMENTO		CC	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	34676757								FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2025
DEPARTAMENTO	CAUCA		MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Asmet	Subsidiado	Pre Afiliado	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Hogar	Estudia	Busca trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	Ninguno X	
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesino	Ninguno X	TIPO DE POBLACIÓN	Disc. Cognitiva	Disc. Física	Disc. Sensorial	Visual	Auditiva	Sordoceguera	Embarazo	Perdida Cabeza	LGBTI	Otras	Ninguna X	
CONDICIÓN	Desplazado	Reincorporado	Desmovilizado	Reintegrado	Ninguno X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ				NOMBRE DEL GRUPO	Activas				TIPO DE GRUPO		Formal X	Informal

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3146821978			TELÉFONO FIJO	— —	CORREO ELECTRÓNICO	— —			DIRECCIÓN DOMICILIARIA	El Placer			ZONA	Rural X	Urbana
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono Fijo o Celular X	Correo Electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	— — —		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— —		EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	— — —			TELÉFONO CELULAR	— —

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa	

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS 480

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?		NÚMERO DIAS 0	
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	NO X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	NO X	6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.		NÚMERO DE TRAGOS 0	

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	NO X	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	NO X		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?			SI	NO X	
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	NO X	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	NO X		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	NO X	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	— —	
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Muy bueno X	Bueno	Regular	Malo							

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	70 Kg	TALLA	161 Cm	PERÍMETRO ABDOMINAL	83 Cm

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
Nilsa Grijalba Fernandez							
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD		DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAURA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Dennis				APELLIDOS	Florez										SEXO	Femenino X	Masculino	Intersexual				
FECHA DE NACIMIENTO	20 07 1969		TIPO DE DOCUMENTO	X	CC	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	64577247								FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09 06 2025						
DEPARTAMENTO	CAUCA		MUNICIPIO	FLORENCIA	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	ASmet	Subsidiado	No Afiliado	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Hogar	Estudiar	Buscar trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	Ninguna X						
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	Gitano	Palenquero	Campesinos	Ninguno X	TIPO DE POBLACIÓN	Desc. Cognitiva	Desc. Física	Desc. Sensorial	Visual	Auditiva	Sordoceguera	Embarazo	Privada Libertad	LGBTI	Otros	Ninguno X				
CONDICIÓN	Desplazado	Reincorporado	Desmovilizado	Reclusión	Ninguno X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ			NOMBRE DEL GRUPO	Activos			TIPO DE GRUPO		X	Ninguno						

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3206123975			TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—					DIRECCIÓN DOMICILIARIA	—				ZONA	X	Urbana				
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Dirección	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—			EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—				TELÉFONO CELULAR	—					

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa	

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico? NÚMERO DE MINUTOS 120

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 2		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES	1		3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?			NÚMERO DÍAS 0	
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	X		6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.			NÚMERO DE TRAGOS 0	

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	X	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alta?.	SI	X		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?			SI	X
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	X	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	X		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	X	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo							

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	76	TALLA	154	PERÍMETRO ABDOMINAL	111

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
NOMBRE COMPLETO	Denis Flors	NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	64577247	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Alex					APELLIDOS	De la Cruz										SEXO	Femenino	Masculino X	Intersexual
FECHA DE NACIMIENTO	03	05	2005	TIPO DE DOCUMENTO	CC X	CE	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	1061086323								FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2025
DEPARTAMENTO	CAUCA		MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD		Subsidiado	No Afiliado	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Trabaja	Estudia	Buscar trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	Ninguna	
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesino X	Ninguno	TIPO DE POBLACIÓN	Discapacidad	Disc. Física	Disc. Sensorial	Visual	Auditiva	Sordoceguera	Embarazo	Pobla. Carcel	LGBTI	Otros	No Aplica X
CONDICIÓN	Desplazado	Reinsertado	Desmovilizado	Migrante	Ninguno X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ				NOMBRE DEL GRUPO	Activos				TIPO DE GRUPO		Juntas X	Recreación

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3226199846			TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—		DIRECCIÓN DOMICILIARIA	—		ZONA	Rural	Urbana
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Dirección	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—	EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—		TELÉFONO CELULAR		

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4. Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.		SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS 120

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?		NÚMERO DÍAS 0
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	NO X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	NO X	6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.		NÚMERO DE TRAGOS 0

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	NO X	2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	NO X		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?			SI	NO X
4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	NO X	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	NO X		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	NO	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Regular X	Bueno	Malo							

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	68 Kilogramos	TALLA	1.74 Centímetros	PERÍMETRO ABDOMINAL	88 Centímetros

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061086323	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10283879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061783693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Claudia					APELLIDOS	Ortiz											SEXO	Femenino X	Masculino	Intersexual
FECHA DE NACIMIENTO	DD	MM	Año	TIPO DE DOCUMENTO	CC	CE	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	69007623									FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2025
DEPARTAMENTO	CAUCA		MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Asmet	Subsidiado	No Afiliado	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Trabaja	Estudiar	Busca trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	Ninguna X							
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesino	Ninguno X	TIPO DE POBLACIÓN	Discapacidad Cognitiva	Discapacidad Física	Discapacidad Sensorial	Visual	Auditiva	Sordoceguera	Hipoacusia	Psicosocial	Ninguna X	CONDICIÓN	Desplazado	Reinsertado	Desmovilizado	Víctima	Ninguna X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ	NOMBRE DEL GRUPO	Activos	TIPO DE GRUPO	Formal X	Informal

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3146567819			TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—			DIRECCIÓN DOMICILIARIA	—			ZONA	Rural X	Urbana
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Ninguno	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—			TELÉFONO DEL ACUDIENTE		EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—			TELÉFONO CELULAR	—		

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS 100

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 2		3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?		NÚMERO DÍAS 0	
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	NO X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	NO X		6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?	NÚMERO DE TRAGOS 0

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertención arterial)?	SI	NO X	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	NO X		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?		SI	NO X
4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	NO X	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	NO X		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	NO X	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál? —
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Muy bueno	Bueno X	Regular	Malo					

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	50 Kilogramos	TALLA	153 Centímetros	PERÍMETRO ABDOMINAL	73 Centímetros

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	69007623	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Fernando					APELLIDOS	Ortiz										SEXO	Femenino	Masculino	Intersexual
FECHA DE NACIMIENTO	27	12	2011	TIPO DE DOCUMENTO	X	CC	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	1059244697								FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2024
DEPARTAMENTO	CAUCA		MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Asmet	Subsidiado	Contributivo	Regimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Trabaja	Estudia	Busca trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	Ninguna	
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesino	X Ninguno	TIPO DE POBLACIÓN	Discapacidad Cognitiva	Discapacidad Física	Discapacidad Sensorial	Visual	Auditiva	Sordoceguera	Embarazo	Población Carcel	LGBTI	Otros	Ninguno
CONDICIÓN	Desplazado	Reinsertado	Reconocido	Reunido	X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ				NOMBRE DEL GRUPO	Activos			TIPO DE GRUPO		X Formado		Por formar

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3226199846			TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—				DIRECCIÓN DOMICILIARIA	—			ZONA	X Rural	Urbana
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	X Llamada / Celular	Correo Electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—		EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—			TELÉFONO CELULAR	—	

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	X NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4. Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	X NO	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS 240

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 2	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 2		3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?			NÚMERO DÍAS 0	
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	X NO	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	X NO		6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.		NÚMERO DE TRAGOS 0

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	X NO	2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	X NO		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?			SI	X NO
4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	X NO	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	X NO		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	NO	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—	
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	X Bueno	Regular	Malo								

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	55	TALLA	150	PERÍMETRO ABDOMINAL	86

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de los comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
fernando Ortiz				NEGRE			
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1059244697	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAURA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Rosalvira					APELLIDOS	Imbachi								SEXO	Femenino X	Masculino	Intersexo
FECHA DE NACIMIENTO	01	06	1949	TIPO DE DOCUMENTO		CC	CI	P	NÚMERO DE DOCUMENTO	25521586					FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2025
DEPARTAMENTO	CAUCA			MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD			Contributivo	No Afiliado	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Trabaja	Estudia	Busca trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	Ninguna X	
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesino	Ninguno X	TIPO DE POBLACIÓN	Disc. Cognitiva	Disc. Física		Disc. Sensorial	Visual	Auditiva	Sordoceguera	Baja visión	Pobla. Carcel	LGBTI	Otros	Ninguno X	
CONDICIÓN	Desplazado	Reinsertado	Reincorporado	Migrante	Ninguno	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ						NOMBRE DEL GRUPO	Activos		TIPO DE GRUPO		Regular X	Recreativo		

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3117075197			TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—					DIRECCIÓN DOMICILIARIA	—			ZONA	Rural X	Urbana
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Dirección	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—				EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—			TELÉFONO CELULAR	—	

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monto bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DE DÍAS	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.		SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DE DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	MINUTOS 130

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?		NÚMERO DÍAS 0
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	X	6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.		NÚMERO DE TRAGOS 0

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	X	NO	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	X	NO		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?			SI	NO X
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	X	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	X	NO		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	NO	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Muy X	Bueno	Regular	Malo							

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	46 Kilos	TALLA	152	PERÍMETRO ABDOMINAL	70

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fónico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
NOMBRE COMPLETO	Rosa Imbachi	NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	25521586	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293679	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Angie					APELLIDOS	Ordoñez									SEXO	Femenino	Masculino	Intersexual
FECHA DE NACIMIENTO	DD	MM	Años	TIPO DE DOCUMENTO	X CC	CE	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	1085664127							FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2025
DEPARTAMENTO	CAUCA		MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Asnet	Subsidiado	No Afiliado	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Trabaja	Estudiar	Busca trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	Ninguna	X			
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesino	X Ninguno	TIPO DE POBLACIÓN	Discapacidad Cognitiva		Discapacidad Física		Discapacidad Sensorial	Visual	Auditiva	Sordoceguera	Ninguna	Privada Libertad	LGBTI	Otros	X Ninguno		
CONDICIÓN	Desplazado	Reincorporado	Desmovilizado	Víctima	X Ninguna	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ					NOMBRE DEL GRUPO	Activos			TIPO DE GRUPO		X					

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3126987114			TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—					DIRECCIÓN DOMICILIARIA	—			ZONA	X Rural	Urbana	
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	X Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—			EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—			TELÉFONO CELULAR	—		

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	X NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DE DÍAS	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	X NO	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DE DÍAS	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderado	Vigorosa	

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico? NÚMERO DE MINUTOS 420

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 2		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?		NÚMERO DIAS 0
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	X NO	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	X NO	6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.		NÚMERO DE TRAGOS 3

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	X NO	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	X NO		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?			SI	X NO
4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	X NO	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	X NO		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	X NO	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—	
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	X Bueno	Regular	Malo								

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	69	TALLA	160	PERÍMETRO ABDOMINAL	72

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1085664127	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Tatiana				APELLIDOS	Estrella										SEXO	Femenino X	Masculino	Intersexual
FECHA DE NACIMIENTO	01	01	2006	TIPO DE DOCUMENTO	X	TI	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	1061086900							FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2025
DEPARTAMENTO	CAUCA			MUNICIPIO	FLORENCIA			TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Asmet	Subsidiado	No Afiliado	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Trabaja	Estudia	Busca trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	X	
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesino	X Ninguno	TIPO DE POBLACIÓN	Disc. Cognitiva	Disc. Física		Disc. Sensorial	Visual	Auditiva	Sindrome Down	Embarazo	Pobl. Carcel	LGBTI	Otros	Ninguno X
CONDICIÓN	Desplazado	Reincorporado	Desmovilizado	Migrante	X Ninguno	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ						NOMBRE DEL GRUPO	Activos			TIPO DE GRUPO		X		

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3108970894			TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—					DIRECCIÓN DOMICILIARIA	—		ZONA	X Rural	Urbana
VIA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—			EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—		TELÉFONO CELULAR	—

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NUMERO DIAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NUMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?, Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NUMERO DIAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NUMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Pesada	

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NUMERO DE MINUTOS 120

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NUMERO DE PORCIONES 1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NUMERO DE PORCIONES 1		3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?		NUMERO DE DIAS 0		
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	NO X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	NO X		6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.		NUMERO DE TRAGOS 0

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	NO X	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	NO X		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?			SI	NO X	
4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	NO X	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	NO X		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	NO X	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—	
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Muy bueno X	Bueno	Regular	Malo							

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	67 Kilogramos	TALLA	153 Centímetros	PERÍMETRO ABDOMINAL	78 Centímetros

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
Tatiana Alejandra Solarte							
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061086900	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Yulieth					APELLIDOS	Solarte										SEXO	Femenino X	Masculino	Intersexual	
FECHA DE NACIMIENTO	14	06	2003	TIPO DE DOCUMENTO						NÚMERO DE DOCUMENTO	1002929774						FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2025	
DEPARTAMENTO	CAUCA			MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Asmet																	
TIPO DE ETNIA	Indígena		Afro		Rom		Palenquero		Campesino	X	Ninguno	TIPO DE POBLACIÓN		Discapacitados		Privados de la libertad		TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia		Estudia	Busca trabajo	Labores del hogar		Pensionado		Ninguno
CONDICIÓN	Desplazado		Reincorporado		Desmovilizado		Residente	X	Migrante		Retornado		Discapacitados		Privados de la libertad		Desc. Sensorial		Mental		Auditiva	Sordo-ceguera	Embarazo		Pobla. Calcel		LGBTI		Otros		Ninguno
NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ											NOMBRE DEL GRUPO	Actuos				TIPO DE GRUPO								

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3234956194					TELÉFONO FIJO	—					CORREO ELECTRÓNICO	—						DIRECCIÓN DOMICILIARIA	—				ZONA		Rural X		Urbana
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo o celular	X	Correo electrónico		Domicilio		NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—						TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—				EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—				TELÉFONO CELULAR	—			

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS 480

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?			NÚMERO DÍAS 0	
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	X		6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?			NÚMERO DE TRAGOS 0	

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	X	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	X		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?			SI	X
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	X	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	X		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	X	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Muy bueno	X	Bueno	Regular	Malo					

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	61 Kilogramos	TALLA	152 Centímetros	PERÍMETRO ABDOMINAL	78 Centímetros

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO(A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
Yulieth Alejandra S.							
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD		DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Berenice				APELLIDOS	Gaspar								SEXO	Femenino X	Masculino	Intersexo						
FECHA DE NACIMIENTO	DD	MM	AAAA	TIPO DE DOCUMENTO	X	CC	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	1059698466					FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2025						
DEPARTAMENTO	CAUCA		MUNICIPIO	FLORENCIA	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	ASmet		Activo X	No Afiliado	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Trabaja	Estudia	Busca trabajo	Ama de hogar	Pensionado	Ninguna X					
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesino	Otro X	TIPO DE POBLACIÓN	Disc. Cognitiva	Disc. Física	Disc. Sensorial	Psicosocial	Auditiva	Sordoceguera	Embarazo	Pobla. Carcel	LGBTI	Otros	Ninguno X				
CONDICIÓN	Desplazado	Reincorporado	Desmovilizado	Victima	Ninguno X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ				NOMBRE DEL GRUPO	Activos		TIPO DE GRUPO	Natural X	Reformado							

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3145283926			TELÉFONO FIJO	—			CORREO ELECTRÓNICO	—					DIRECCIÓN DOMICILIARIA	—					ZONA	Rural X	Urbana	
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo o celular X	Correo electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—				TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—				EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—					TELÉFONO CELULAR	—		

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	NO	X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.

1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico? NÚMERO DE MINUTOS 480

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1			3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?		NÚMERO DÍAS 0	
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	NO X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	NO		6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.		NÚMERO DE TRAGOS 0	

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI X	NO	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI X	NO		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?			SI	0	
4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI X	NO	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI X	NO		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	NO	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—	
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Bueno X	Regular	Malo									

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	72 Kilogramos	TALLA	155	PERÍMETRO ABDOMINAL	83

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
Berenice Gaspar							
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1059698466	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Delmi				APELLIDOS	Bolaños									SEXO	Femenino X	Masculino	Intersexo			
FECHA DE NACIMIENTO	19	06	1967	TIPO DE DOCUMENTO	X	CC	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	25521956						FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2025			
DEPARTAMENTO	CAUCA		MUNICIPIO	FLORENCIA	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	ASmet	Subsidiado X	No Afiliado	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Trabaja	Estudia	Busca trabajo	Labores del hogar	Pensionado	Ninguna X				
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesino	Ninguno X	TIPO DE POBLACIÓN	Discapacidad	Discapacidad Física	Discapacidad Sensorial	Visual	Auditiva	Sordoceguera	Embarazo	Pobla. Cárcel	LGBTI	Otro	Ninguno X		
CONDICIÓN	Desplazado	Reinsertado	Desmovilizado	Víctimas	Ninguno X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ			NOMBRE DEL GRUPO	Activos				TIPO DE GRUPO	Mixto X					

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3179448847	TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—	DIRECCIÓN DOMICILIARIA	—	ZONA	Rural X	Urbana			
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Llamada/Red social X	Correo electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—	EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—	TELÉFONO CELULAR	—		

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	X NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 5	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.		SI	X NO	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 5	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 30

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS 120

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 2	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?		NÚMERO DÍAS 0		
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	X NO	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	X NO		6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.		NÚMERO DE TRAGOS 0

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	X NO	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alta?.	SI	X NO		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?			SI	X NO	
4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	X NO	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	X NO		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	X NO	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—	
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	X Buena	Regular	Regular	Pobre							

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	61 Kilogramos	TALLA	155	PERÍMETRO ABDOMINAL	79 Centímetros

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
Delmi Enit Bolaños				MEDAE			
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	25521956	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293679	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Indeportes CAUCA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Francy				APELLIDOS	Pinto										SEXO	Femenino	Masculino	Intersexual
FECHA DE NACIMIENTO	DD	MM	Años	TIPO DE DOCUMENTO	X	CC	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	1002965092							FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2025
DEPARTAMENTO	CAUCA		MUNICIPIO	FLORENCIA	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	ASmet		Contributivo	Sin Afiliación	Régimen Especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Trabaja	Estudia	Busca trabajo	Lugar de trabajo	Pensionado	Ninguna	
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesino	X Ninguno	TIPO DE POBLACIÓN	Disc. Cognitiva	Disc. Física	Disc. Sensorial	Psicosocial	Auditiva	Sordoceguera	Embarazo	Pobla. Carcel	LGTBI	Otros	X Ninguno
CONDICIÓN	Desplazado	Reincorp.	Desmovilizado	Victimas	X Ninguno	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ			NOMBRE DEL GRUPO	Activos			TIPO DE GRUPO	X Activo	Recreativo			

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3117994447		TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—			DIRECCIÓN DOMICILIARIA	—			ZONA	X Rural	Urbana		
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Carnicería	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—		EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—			TELÉFONO CELULAR	—		

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	X NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	X NO	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 3	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 30

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS 120

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?		NÚMERO DÍAS 0		
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	X NO	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	X NO		6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.		NÚMERO DE TRAGOS 0

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	X NO	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	X NO		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?			SI	X NO	
4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	X NO	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	X NO		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	NO	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?		
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	X Muy bueno	Bueno	Regular	Malo							

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	78 Kilogramos	TALLA	158 Centímetros	PERÍMETRO ABDOMINAL	100 Centímetros

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

Francy Juliana P.		
FIRMA DEL USUARIO (A)	FIRMA COORDINADORA)	FIRMA MONITOR(A)
NOMBRE COMPLETO	NOMBRE COMPLETO: CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO: MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1002965092	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 10293679	ROL CONTRACTUAL: MONITORA PROFESIONAL — DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Gilma					APELLIDOS	Fernandez											SEXO	Femenino X	Masculino	Intersexual
FECHA DE NACIMIENTO	DD 12	MM 03	AA 1963	TIPO DE DOCUMENTO		X	CC	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	34676114								FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2021
DEPARTAMENTO	CAUCA			MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Asmet	X Cotizante	Beneficiario	Régimen Especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Trabaja	Estudia	Busca trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	X Ninguna	
TIPO DE ETNIA	Indígena	Rom	Raizal	ROM	Palenquero	Campesino	X Ninguno	TIPO DE POBLACIÓN	Discapacidad Cognitiva	Discapacidad Física	Discapacidad Sensorial	Psicosocial	Auditiva	Sordoceguera	Múltiple	Población Carcelaria	LGBTIQ	Otros	Ninguno						
CONDICIÓN	Desplazado	Reinsertado	Desmovilizado	Víctima	X Ninguno	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ					NOMBRE DEL GRUPO	Activos				TIPO DE GRUPO	X Otro	Ninguno						

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3234689981			TELÉFONO FIJO		CORREO ELECTRÓNICO											DIRECCIÓN DOMICILIARIA						ZONA	Rural	X Urbana
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	X Mensaje de texto	Correo electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD						TELÉFONO DEL ACUDIENTE							EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:						TELÉFONO CELULAR		

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	0	NÚMERO DE MINUTOS

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.		SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?		NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS 120

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 2		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES	1		3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?				NÚMERO X	
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	X NO	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	X NO		6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.				NÚMERO DE TRAGOS 0	

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿ Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	X SI	NO	2.¿ Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alta?.	X SI	NO		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?				SI	NO 0
4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	X SI	NO	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	X SI	NO		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	X NO	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?		
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Muy bueno	X Bueno	Regular	Malo							

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	Kilogramos 52	TALLA	130	PERÍMETRO ABDOMINAL	94

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____, Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
Gilma Fernandez							
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	34676114	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293679	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Diana				APELLIDOS	Gomez									SEXO	Femenino X	Masculino	Intersexo			
FECHA DE NACIMIENTO	DD	MM	AAAA	TIPO DE DOCUMENTO	CC	CE	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	1061088551						FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2025			
DEPARTAMENTO	CAUCA		MUNICIPIO	FLORENCIA	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	ASmet		Subsidiado	En Afiliación	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Trabaja	Estudia	Busca trabajo	Labor del hogar	Pensionado	Ninguna			
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM(Gitano)	Palenquero	Campesino	Ninguna X	TIPO DE POBLACIÓN	Disc. Cognitiva	Disc. Física	Disc. Sensorial	Víctima	Adulto mayor	Sordoceguera	Embarazo	Habita Calle	LGTBI	Otra	Ninguna		
CONDICIÓN	Desplazado	Reinsertado	Desmovilizado	Víctima	Ninguna X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ				NOMBRE DEL GRUPO	Activos				TIPO DE GRUPO		Formal X	Informal		

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3197840756			TELÉFONO FIJO	—			CORREO ELECTRÓNICO	—						DIRECCIÓN DOMICILIARIA	—				ZONA	Rural X	Urbana
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Número fijo o celular X	Correo electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—				TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—					EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—				TELÉFONO CELULAR	—	

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 5	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 60

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderado	Vigoroso

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.

1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS 240

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1	3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NÚMERO 0
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	NO X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	NO X	6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?	NÚMERO DE TRAGOS 0

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	NO X	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	NO X	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	SI	NO X
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	NO X	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	NO X	6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	NO X	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál? —
8. Diría que su estado de salud es:	Pesimo	Bueno X	Excelente	Regular	Malo			

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	64 Kilogramos	TALLA	164 Metros	PERÍMETRO ABDOMINAL	79 Centímetros

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
Diana Fernández				[illegible]			
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061088851	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293679	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Karen					APELLIDOS	Fernandez									SEXO	Femenino X	Masculino	Intersexo			
FECHA DE NACIMIENTO	26	12	2009	TIPO DE DOCUMENTO	X	CC	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	1061087429							FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2025			
DEPARTAMENTO	CAUCA		MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Asmet	Subsidiado	No Afiliado	Regimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Trabaja	Estudia	Busca trabajo	Labor del hogar	Pensionado	Otra				
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesinos	X Ninguno	TIPO DE POBLACIÓN	Disc. Cognitiva	Disc. Física	Disc. Sensorial	Visual	Auditiva	Sordoceguera	Embarazo	Pobla. Carcel	LGTBI	Otra	Ninguno			
CONDICIÓN	Desplazado	Reinsertado	Desmovilizado	Victima	HSH X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ					NOMBRE DEL GRUPO	Activos			TIPO DE GRUPO	Regular X	Incluyente				

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3137212823			TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—									DIRECCIÓN DOMICILIARIA	—			ZONA	X Rural	Urbana	
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—			EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—			TELÉFONO CELULAR	—					

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al Ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?, Si la respuesta es NO pase al Ítem 3.3.	SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa	

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS 120

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?			NÚMERO DÍAS 0	
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	NO X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	NO X	6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.			NÚMERO DE TRAGOS 0	

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI X		2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	NO X		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?					SI	NO X
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI X	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	NO X		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	NO X	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—			
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Muy bueno	Bueno X	Regular	Malo									

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	58 Kilogramos	TALLA	160	PERÍMETRO ABDOMINAL	69 Centímetros

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
Karen Natalia F.							
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061087429	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293679	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Sergio				APELLIDOS	Ortiz										SEXO	Femenino	Masculino X	Intersexual				
FECHA DE NACIMIENTO	DD 01	MM	AAAA 2003	TIPO DE DOCUMENTO	CC	CE	TI X	NÚMERO DE DOCUMENTO	1061086509							FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2025				
DEPARTAMENTO	CAUCA		MUNICIPIO	FLORENCIA	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Asmet		X Cotiza	No Aplica	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Trabaja	Estudia	Busca trabajo	Labor del hogar	Pensionado	X Ninguna				
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesino	X Ninguno	TIPO DE POBLACIÓN	Discapacidad	Disc. Física	Disc. Sensorial	Visual	Auditiva	Sordoceguera	Habitante	Fobia Social	LGBTI	Otro	X Ninguno				
CONDICIÓN	Desplazado	Reinsertado	Desmovilizado	Migrante	X Ninguno	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ			NOMBRE DEL GRUPO	ACTIVOS			TIPO DE GRUPO		X Activo	Participante						

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3146567819			TELÉFONO FIJO		CORREO ELECTRÓNICO	—					DIRECCIÓN DOMICILIARIA	—				ZONA	X Rural	Urbana				
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—			EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—				TELÉFONO CELULAR						

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS 480

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?		NÚMERO DÍAS 0	
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	NO X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	NO X		6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?	NÚMERO DE TRAGOS 0

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	NO X	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	NO X		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?		SI	NO X
4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	NO X	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	NO X		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	NO X	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál? —
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo					

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	60	TALLA	168	PERÍMETRO ABDOMINAL	78

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
Sergio E Ortiz				MERCEDES			
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061086509	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Yully					APELLIDOS	Bolaños										SEXO	Femenino X	Masculino	Intersexual
FECHA DE NACIMIENTO	DD	MM	AAAA	TIPO DE DOCUMENTO		CC X	CE	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	1099262324							FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2025
DEPARTAMENTO	CAUCA		MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Asmet	Subsidiado	No Afiliado	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Trabaja	Estudia	Busca trabajo	Labores del hogar	Pensionado	Ninguna X	
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesino	Ninguno X	TIPO DE POBLACIÓN	Discapacidad Cognitiva		Discapacidad Física		Discapacidad Sensorial		Víctima	Adulto Mayor	Sobreviviente	Habitante de calle	Privada Libertad	LGTBI	Otros	Ninguno X	
CONDICIÓN	Desplazado	Reinsertado	Desmovilizado	Migrante	Ninguno X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ				NOMBRE DEL GRUPO	Activos				TIPO DE GRUPO		Niños		Adolescentes		Jóvenes	Adultos X

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3214868092		TELÉFONO FIJO	—		CORREO ELECTRÓNICO	—				DIRECCIÓN DOMICILIARIA	—				ZONA	Rural X	Urbana
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Mensaje de texto / Celular X	Correo electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—			TELÉFONO DEL ACUDIENTE			EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—				TELÉFONO CELULAR		

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DE DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0					

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS 180

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?			NÚMERO DÍAS 0	
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	NO X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	NO X	6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.			NÚMERO DE TRAGOS 0	

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	NO X	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	NO X		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?				SI	NO X
4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	NO X	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	NO X		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	NO	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—	
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Muy bueno	Bueno X	Regular	Malo							

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	93 Kg	TALLA	164 cm	PERÍMETRO ABDOMINAL	98 cm

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
Yully Andrea Bolaños							
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1099262324	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293679	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Uriel					APELLIDOS	Ortiz									SEXO	Femenino	Masculino X	Intersexual
FECHA DE NACIMIENTO	14	12	1943	TIPO DE DOCUMENTO	X	TI	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	10592584							FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2024
DEPARTAMENTO	CAUCA		MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	ASmet	Subsidiado	No Afiliado	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Trabaja	Estudia	Busca trabajo	Ama de hogar	Pensionado	Ninguna	
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesino	Ninguno X	TIPO DE POBLACIÓN	Discapacidad	Disc. Física	Disc. Sensorial	Salud	Auditiva	Sordoceguera	Embarazo	Pobla. Carcel	LGBTI	Otros	Ninguno X
CONDICIÓN	Desplazado	Reinsertado	Desmovilizado	Victimas	Ninguno X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ				NOMBRE DEL GRUPO	Activos				TIPO DE GRUPO	Activo X	Inactivo	Re-Integrado

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3126199846		TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—				DIRECCIÓN DOMICILIARIA	—		ZONA	Rural X	Urbana
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—		EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—		TELÉFONO CELULAR		

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NUMERO DIAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NUMERO DE MINUTOS 0	4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NUMERO DIAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NUMERO DE MINUTOS 0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico? NUMERO DE MINUTOS 180

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NUMERO DE PORCIONES 1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NUMERO DE PORCIONES 1		3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?		NUMERO DIAS 0	
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	NO X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	NO X		6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?		NUMERO DE TRAGOS 0	

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI X	NO	2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI X	NO		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?			SI	NO X
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	X	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI X	NO		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	NO X	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo							

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	63 Kilogramos	TALLA	160 Centímetros	PERÍMETRO ABDOMINAL	88 Centímetros

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO(A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10592584	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293679	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Tania					APELLIDOS	Florez									SEXO	Femenino X	Masculino	Intersexual			
FECHA DE NACIMIENTO	DD	MM	AAAa	TIPO DE DOCUMENTO	X	CC	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	1099547645							FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	06	06	2025			
DEPARTAMENTO	CAUCA			MUNICIPIO	FLORENCIA			TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	* Sisbet	Subsidiado	Contributivo X	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Trabaja	Estudia	Busca trabajo	Labores del hogar	Pensionado	Ninguna X			
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesino X	Ninguno	TIPO DE POBLACIÓN	Discapacidad	Víctima	Desplazado	Vulnerable	Privado de la libertad	Habitante de calle	Migrante	Ninguna X						
CONDICIÓN	Desplazado	Reincorporado	Reincorporado	Víctima	Ninguno X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ					NOMBRE DEL GRUPO	Activos			TIPO DE GRUPO	Regular X	Recreativo	Competitivo			

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	30330136			TELÉFONO FIJO		CORREO ELECTRÓNICO						DIRECCIÓN DOMICILIARIA	—				ZONA	Rural X	Urbana			
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Redes	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD				TELÉFONO DEL ACUDIENTE				EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—				TELÉFONO CELULAR	—				

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DE DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.		SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DE DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0				

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?		Leve	Moderada	Vigorosa							

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.										1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS 120

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1			3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?			NÚMERO DÍAS 0	
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	NO X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	NO X		6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.			NÚMERO DE TRAGOS 0	

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI X	NO	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	NO X		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?			SI	NO X
4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	X	NO	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	NO X		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	NO X	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo						

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	86 Kilos	TALLA	156 Centímetros	PERÍMETRO ABDOMINAL	104 Centímetros

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
Tania Florez Correa				[illegible]			
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1099547645	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293679	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Arney					APELLIDOS	Fernández												SEXO	Femenino X	Masculino	Intersexual
FECHA DE NACIMIENTO	24	01	1980	TIPO DE DOCUMENTO	X			NÚMERO DE DOCUMENTO	34674391										FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	06	06	2025
DEPARTAMENTO	CAUCA			MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Asmet	X			TIPO DE OCUPACIÓN													
TIPO DE ETNIA	Indígena		Afro	ROM	Palenquero	Comunidad	X	TIPO DE POBLACIÓN	Discapacidad		Gestante	Desc. Sensorial	visual	Auditiva	Sordoceguera	Embarazo	Pobla. Carcel	LGTBI	Otros	Ninguno X				
CONDICIÓN	Desplazado	Reinsertado	Reincorporado	Migrante	Ninguno X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ					NOMBRE DEL GRUPO	Activos						TIPO DE GRUPO	Activo X	Retirado				

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3137324439			TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—					DIRECCIÓN DOMICILIARIA	—			ZONA	Rural X	Urbana
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Llamada telefónica X	Correo electrónico	Whatsapp	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—			EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—			TELÉFONO CELULAR	—	

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0		

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0		

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderado	Vigorosa

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS 60

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 2		3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NÚMERO DÍAS 0	
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	NO X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	NO X	6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.	NÚMERO DE TRAGOS 0	

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	NO X	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	NO X		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?		SI	NO X
4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	NO X	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	NO X		6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	NO X	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Muy bueno X	Bueno	Regular	Malo						

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	79 Kilogramos	TALLA	160 Centímetros	PERÍMETRO ABDOMINAL	100

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez fustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO(A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	34C7439	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Alfonso				APELLIDOS	Ortiz									SEXO	Femenino	X Masculino	Intersexual
FECHA DE NACIMIENTO	11	03	1980	TIPO DE DOCUMENTO	X	TI	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	76358165						FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2025
DEPARTAMENTO	CAUCA		MUNICIPIO	FLORENCIA	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Asmet		Subsidiado	Contributivo	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Trabaja	Estudia	Busca trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	Ninguna	
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesino	X Ninguno	TIPO DE POBLACIÓN	Discapacidad	Gestante	Desc. Temporada	Jornal	Auxiliar	Soldado/guerra	Embarazo	Prebás. Cancel	LGTBI	Otros	Ninguno
CONDICIÓN	Desplazado	Reinsertado	Desmovilizado	Migrante	Ninguno	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ				NOMBRE DEL GRUPO	Activos				TIPO DE GRUPO	Rural	X Urbano	Periferia

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3146567819		TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—			DIRECCIÓN DOMICILIARIA	—		ZONA	X Rural	Urbana
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Mensaje de texto	Correo electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—	EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—		TELÉFONO CELULAR	—	

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	X NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	X NO	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa	

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS 180

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?		NÚMERO DÍAS 0	
4. ¿Usted toma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	X NO	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	X NO	6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.		NÚMERO DE TRAGOS 0	

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	X NO	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	X NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?			SI	X NO	
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	X NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	X NO	6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	NO	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—	
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Muy bueno	X Bueno	Regular	Malo						

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	81 Kilogramos	TALLA	170 Centímetros	PERÍMETRO ABDOMINAL	98 Centímetros

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
Alfonso Ortiz Gomez							
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	76358165	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293679	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Claudia					APELLIDOS	Morales											SEXO	Femenino	Masculino	Intersexual			
FECHA DE NACIMIENTO	DD	MM	AAAA	TIPO DE DOCUMENTO	X	CC	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	1061088081									FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2025			
DEPARTAMENTO	CAUCA		MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	ASmet	Subsidiado	Pte Afiliado	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Trabaja	Estudia	Busca trabajo	Labores del hogar	Pensionado	Rentista						
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Rrom	ROM	Palenquero	Comunidad Negra	X	TIPO DE POBLACIÓN	Desc. Campesina	Desc. Étnica	Desc. Sensorial	Visual	Auditiva	Sordoceguera	Diversidad funcional	Privada Cartel	LGBTI	Otros	Ninguno					
CONDICIÓN	Desplazado	Reinsertado	Desmovilizado	Víctima	X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ				NOMBRE DEL GRUPO	Activos			TIPO DE GRUPO		X	Recreativo						

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3122345002			TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—								DIRECCIÓN DOMICILIARIA	—					ZONA	X	Urbana	
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo y celular	Correo electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—						EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—					TELÉFONO CELULAR	—		

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al Ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al Ítem 3.3.	SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa	

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS 120

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 2		3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?		NÚMERO DÍAS 0	
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	NO X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	NO X	6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.		NÚMERO DE TRAGOS 0	

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	NO X	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	NO X		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?		SI	NO X
4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	NO X	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	NO X	6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	NO X	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—	
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Muy bueno X	Bueno	Regular	Malo						

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	64 Kg	TALLA	160 Cm	PERÍMETRO ABDOMINAL	77

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
Claudia Morales							
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061088081	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Aida					APELLIDOS	Bolaños									SEXO	Femenino X	Masculino	Intersexual
FECHA DE NACIMIENTO	DD 03	MM 06	AA 1978	TIPO DE DOCUMENTO		CC X	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	34676248							FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2025
DEPARTAMENTO	CAUCA		MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Asmet	Sí X	No Afiliado	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Trabaja	Estudia	Busca trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	Ninguna X	
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Palenquero	ROM	Raizal	Campesino	Ninguna X	TIPO DE POBLACIÓN	Discapacidad Cognitiva	Discapacidad Física	Discapacidad Sensorial	Visual	Auditiva	Sordoceguera	Embarazo	Pobla. Carcel	LGBTI	Otros	Ninguno X
CONDICIÓN	Desplazado	Reincorporado	Desmovilizado	Víctima	Ninguno X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ				NOMBRE DEL GRUPO	Florencia Activa			TIPO DE GRUPO	Regular	Especial X		

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3175787704			TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—			DIRECCIÓN DOMICILIARIA	Plaza			ZONA	Rural	Urbano X
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Llamada o Mensaje de Texto	Correo electrónico	Domicilio X	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—	EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—			TELÉFONO CELULAR	—	

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS 60

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 2	3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NÚMERO DIAS 0
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	NO X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	NO X	6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.	NÚMERO DE TRAGOS 0

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI X	NO	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI X	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	SI	NO X
4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI X	NO	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI X	NO	6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	NO X	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál? —
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo			

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	Kg 78	TALLA	162	PERÍMETRO ABDOMINAL	cm 93

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

Aida Bolaños

FIRMA DEL USUARIO(A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	34676248	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293879	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	María					APELLIDOS	Guzman											SEXO	Femenino X	Masculino	Intersexual
FECHA DE NACIMIENTO	DD 27	MM 09	AA 1970	TIPO DE DOCUMENTO	CC	CE	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	27191199									FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2025
DEPARTAMENTO	CAUCA			MUNICIPIO	FLORENCIA			TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	ASmet	Subsidiado X	No Afiliado	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Trabaja	Estudia	Busca trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	Ninguno	
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	ROM	Palenquero	Campesino	Ninguno X	TIPO DE POBLACIÓN	Desc. Cognitiva	Desc. Física	Desc. Sensorial	Visual	Auditiva	Sordoceguera	Enfermo	Privada Libertad	LGBTI	Otros	Ninguno						
CONDICIÓN	Desplazado	Reinsertado	Desmovilizado	Victima	Ninguno X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ					NOMBRE DEL GRUPO	Mananas saludables			TIPO DE GRUPO	Regular	Recreativo X							

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3127334482			TELÉFONO FIJO	—			CORREO ELECTRÓNICO	—							DIRECCIÓN DOMICILIARIA	Plaza					ZONA	Rural	Urbana X	
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—					TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—			EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—					TELÉFONO CELULAR	—				

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NUMERO DE DIAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NUMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NUMERO DIAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NUMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (en la mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.

1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NUMERO DE MINUTOS 120

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NUMERO DE PORCIONES 1		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NUMERO DE PORCIONES 1		3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NUMERO DIAS 0	
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	NO X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	NO X	6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.	NUMERO DE TRAGOS 0	

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	NO X	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI X	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	SI	NO X			
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	NO X	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI X	NO	6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI	NO X	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—	
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo						

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	65 Kilogramos	TALLA	156 Centímetros	PERÍMETRO ABDOMINAL	87 Centímetros

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA		FIRMA MONITOR(A)			
María Esperanza				[illegible]			
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	27191199	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293679	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693

Indeportes CAUCA

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS - ACTIVIDAD FISICA

Gobernación del CAUCA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES	Maryceli					APELLIDOS	García										SEXO	Femenino X	Masculino	Intersexual
FECHA DE NACIMIENTO	14	06	1990	TIPO DE DOCUMENTO	X	TI	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	1087130616								FECHA DE LA INSCRIPCIÓN	09	06	2024
DEPARTAMENTO	CAUCA		MUNICIPIO	FLORENCIA		TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Asmet	Contributivo X	No Afiliado	Régimen especial	TIPO DE OCUPACIÓN	Trabaja y estudia	Trabaja	Estudia	Busca trabajo	Tareas del hogar	Pensionado	Ninguno X	
TIPO DE ETNIA	Indígena	Afro	Raizal	Rrom	Palenquero	Campesino	Ninguno X	TIPO DE POBLACIÓN	Discapacidad Cognitiva	Discapacidad Física	Discapacidad Sensorial	Víctima	Adulto mayor	Sindrome de Down	Embarazo	Pobla. Carcel	LGBTI	Otros	Ninguno X
CONDICIÓN	Desplazado	Reinsertado	Desmovilizado	Víctima	Ninguno X	NOMBRE DEL MONITOR	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ				NOMBRE DEL GRUPO	Mañanas saludables				TIPO DE GRUPO	Formal X	No formal	

II. DATOS DE CONTACTO

TELÉFONO CELULAR	3145778659		TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—			DIRECCIÓN DOMICILIARIA	Cadena			ZONA	Rural	Urbana X
VÍA DE CONTACTO AL USUARIO	Telefónico X	Correo electrónico	Domicilio	NOMBRE DEL ACUDIENTE EN CASO DE SER MENOR EDAD	—		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—	EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	—			TELÉFONO CELULAR	—	

III. ANTECEDENTES PERSONALES

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos? Si la respuesta es NO pase al ítem 3.2.	SI	NO X	2. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

4.Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?. Si la respuesta es NO pase al ítem 3.3.	SI	NO X	5. ¿Cuántos días a la semana?	NÚMERO DÍAS 0	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	NÚMERO DE MINUTOS 0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

7. ¿A que intensidad realizó actividad física?	Leve	Moderada	Vigorosa	

3.3. TIEMPO SENTADO

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado (ante una mesa de trabajo, frente al computador, sentado con los amigos, viajando en transporte público o motorizado, jugando a las cartas o videojuegos, viendo la televisión), pero no se incluye el tiempo que pasa durmiendo.	1. ¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?	NÚMERO DE MINUTOS 120

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, SAL, TABACO, ALCOHOL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 1		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consume en el día?	NÚMERO DE PORCIONES 2		3. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuantos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NÚMERO DÍAS X	
4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	SI	X	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	SI	X	6. ¿Durante los últimos 30 días cuando consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente cuantos tragos bebió en promedio?.	NÚMERO DE TRAGOS 0	

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

1.¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	SI	X	2.¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	SI	X	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?		SI	NO X
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	X	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	SI	X	6. ¿Presenta otra enfermedad?	SI X	7. Si su respuesta es afirmativa mencione ¿Cuál?	—	
8. Diría que su estado de salud es:	Excelente	Sobresaliente X	Bueno	Regular	Malo					

IV. MEDICIONES DIRECTAS (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

PESO	83 Kilogramos	TALLA	173 Centímetros	PERÍMETRO ABDOMINAL	90 Centímetros

V. DATOS DEL HOGAR

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	MENORES DE 5 AÑOS	DE 6 A 17 AÑOS	DE 18 A 60 AÑOS	MAYORES DE 60 AÑOS

Con mi firma manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, pero no limitado a lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras razones, por lo anterior, eximo a Indeportes Cauca y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas, además autorizo , al ente deportivo y a los contratistas, a recolectar, usar y tratar mi información conforme a la Política de tratamiento de datos personales, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. También autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través del talento humano encargado de ejecutar las acciones del programa de Actividad Física, el cual servirá como evidencia para promover y a la vez ilustrar tanto las publicaciones, como presentaciones institucionales y material audiovisual, necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA COORDINADORA)		FIRMA MONITOR(A)			
Marcely García				MERCEDES			
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	CHARLIE HERNANDEZ ORDOÑEZ	NOMBRE COMPLETO	MERCEDES FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1087130616	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10293679	ROL CONTRACTUAL	MONITORA PROFESIONAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1061703693