☐ Si ☒ No Si su respuesta es Si, indique ¿Cuál? _____

¿Toma Medicamentos?

☐ Si ☒ No Si su respuesta es Si, indique ¿Cuál?

Tipo de Sangre

Grupo Sanguíneo y Rh: O +

¿Presenta algún tipo de discapacidad permanente?

☐ Si ☐ No

Si respondió si, ¿Cuál?

☐ Movilidad ☐ Enanismo ☐ Mental cognitiva ☐ Mental psicosocial
☐ Sistémica ☐ Voz y habla ☐ Visual ☐ Piel, uñas y cabello
☐ Sensorial gusto-olfato- tacto ☐ Sensorial auditiva ☐ No lo sabe nombrar
☐ Otro Cuál? _____

¿Se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS?

☒ Si ☐ No Si su respuesta es Si, indique ¿Cual? EmSSanar

Tipo de afiliación

☐ Especial (FFMM, POLICIA, ETC) ☐ Regimen Contributivo (EPS)
☐ Regimen Subsidiado (SISBEN, EPS, S)

II. Identificación del Padre de Familia / Acudiente / Cuidador

Si el Beneficiario del Programa es menor de 18 años, por favor diligenciar la identificación del Padre de Familia, Acudiente o Cuidador que

Tipo de Documento: ☐ Cédula de Ciudadanía ☐ Cédula de extranjería ☐ Pasaporte
☐ Sin información No. De identificación 1080266726

Primer nombre: Shuqueline Segundo nombre:

Primer apellido: moreno Segundo apellido: Pandoma

Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Otro Cual:

Fecha de Nacimiento: 12 04 1999

Teléfono Fijo / Móvil: 3234982933 Edad: 26 en años

Correo electrónico:

Parentesco: ☒ Madre/Padre ☐ Hermana/Hermano ☐ Tia/Tio ☐ Abuela/Abuelo
☐ Cuidador ☐ Otro ¿Cuál? _____

Brian Lopez — Firma del Beneficiario

Shaqueline moreno — Firma Padre de Familia/Acudiente/Cuidador

Andrey Villafuerte — Firma del Monitor(a)

Contacto de emergencia Nombre: Shaqueline moreno Teléfono: 3234982933

*La información suministrada en este apéndice no quedará registrada en las bases de datos que se generan con esta ficha y sólo será usada para casos de emergencia.

III. Autorización de reproducción de imagen fotografica, audio y/o video y participación en investigaciones / Consentimiento informado

Por la presente yo Shaqueline moreno identificado con documento de identidad 1080266726 expedido en Cali autorizo al distrito especial de Santiago de Cali – Secretaría del Deporte y la Recreación para que use, edite, publique, reproduzca, distribuya y/o licencie mi imagen, la de las (niñas,niños, adolecentes, jovenes, adultos y adulto mayor) que represento (hijos, personas con discapacidad o adultos mayores) de cuyos derechos de autor soy titular. Reconozco que esta autorización no supone pago ni retribución incluyendo regalías u otra compensación resultante de su uso. Tengo conocimiento de que esta imagen puede editarse, copiarse, exhibirse, publicarse o distribuirse, por varios medios incluyendo el electrónico, sin que tenga derecho a examinar o autorizar la reproducción del producto final en que ella aparezca. La presente autorización no tiene fecha de expiración ni se restringe a límite geográfico alguno en cuanto a la distribución y/o reproducción de esta imagen. Certifico también que tengo la potestad de conferir los derechos antes mencionados y que el ejercicio de éstos no infringe los derechos de propiedad intelectual o de imagen de terceros. Igualmente, autorizo la participación en investigaciones socio-estadísticas de la de las (niñas,niños, adolecentes, jovenes, adultos y adulto mayor) que represento adelantadas por parte del distrito especial de Santiago de Cali, tales como encuestas, test, grupos focales, sondeos, entre otros.

Además entiendo que la actividad derivada de la práctica de deporte, recreación y actividad física implica la posibilidad de sufrir lesiones y/o riesgos, según fui informado en detalle por parte del distrito especial de Santiago de Cali – Secretaría del Deporte y la Recreación. Estoy de acuerdo con las recomendaciones, obligaciones y sugerencias que me han brindado en cuanto al cuidado de mi salud y las formas a seguir previas y durante la actividad y entiendo que no me eximo de la responsabilidad de atender tales recomendaciones y respetarlas para reducir todo riesgo al mínimo. Con la firma de esta Autorización y Consentimiento reconozco que he leído íntegramente y entendido plenamente lo anterior y consciente de las repercusiones legales acepto atenerme a ellos.

De igual manera entiendo y acepto que en caso que se deje bajo cuatodia cualquier (implemento, instrumento, equipo, herramienta, insumo o meterial) propio, la secretaria del deporte y la recreación no se hara cargo por cualquier perdida o deterioro del mismo.

Deseo ser contactado a través de correo electrónico, teléfono, celular, mensajes de texto, redes sociales o medios similares para comunicarle sobre nuestros programas, actividades, eventos, entre otros. Si ☒ No ☐

Brian. Lopez — Firma del Beneficiario

Shaqueline moreno Pandoma — Firma del Padre de Familia/Acudiente/Cuidador

ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE DEPORTE Y RECREACIÓN	MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG) FICHA DE INSCRIPCIÓN BENEFICIARIOS DE PROGRAMAS	MMDS01.04.P002.F040 VERSIÓN: 003

En cumplimiento de la Ley Estatutaria 1581 del 17 de Octubre de 2012 "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales", la Alcaldía de Santiago de Cali informa, que siendo responsable y encargada del tratamiento de los datos personales de los habitantes del distrito especial, estos serán utilizados únicamente en el desarrollo de las funciones propias y no se compartirán con nadie para fines diferentes. Esta información es y será utilizada para conocer más al ciudadano que se acerca a la Alcaldía de Santiago de Cali. Para mayor información consulte: https://goo.gl/VrJ7Bw

Sus respuestas serán estrictamente confidenciales y serán usadas con fines estadísticos para caracterizar a los Beneficiarios de los programas deportivos, recreativos y de actividad física de la Secretaría del Deporte y la Recreación de Santiago de Cali.

1. Datos Básicos

( ) Cédula de ciudadanía ( ) Registro Civil (X) Tarjeta de identidad ( ) Cédula de Extranjería
( ) Pasaporte ( ) Sin información ( ) NIT ( ) NUIP

Número documento de identificación: 1145831496

Fecha de Inscripción: 05/02/2016 Ficha No.:
Nombre del Programa: Deporvida Modalidad/Disciplina: Futbolsala
Punto de atención: Colegio Humberto Jordan Mazuera
Comuna/Corregimiento: 13 Barrio/Vereda: Villabonita
Primer nombre: Brian Segundo nombre: Andres
Primer apellido: Lopez Segundo apellido: Molano
Correo electrónico: Fecha de Nacimiento: 28/06/2001

Sexo: (X) Hombre ( ) Mujer Genero: ( ) Heterosexual (X) Homosexual ( ) Bisexual

Según la función pública, la orientación sexual se trata de la atracción sexual, afectiva y erótica que una persona siente hacia otras de su mismo género, del género opuesto, de ambos o que no sienten atracción por ninguno de los géneros. También haca referencia a la capacidad de mantener relaciones afectivas y sexuales con esas personas. Según lo anterior, si lo considera necesario, usted se reconoce como:

Orientación Sexual: ( ) Lesbiana ( ) Gay ( ) Bisexual ( ) Transformista ( ) Transvestido
( ) Transgenerista ( ) Transexual ( ) Intersexual ( ) Pansexual ( ) HSH
( ) Queers ( ) No estoy seguro ( ) Otro Cual:

2. Datos de Procedencia

País de procedencia: Colombia Departamento: La Plata Municipio: Huila

3. Datos de residencia del beneficiario

Corregimiento:
Barrio: Villabonita Estrato: ( ) Vereda:
Dirección de residencia: Calle 7 22 #7 Comuna: 02
Teléfono Fijo / Móvil: Complemento Dirección: 27B 17

4. Datos Académicos

( ) Preescolar (X) Básica primaria ( ) Básica secundaria ( ) Media académica y clásica
( ) Media técnica ( ) Normalista ( ) Técnica profesional ( ) Tecnológica ( ) Ninguno
( ) Profesional ( ) Especialización ( ) Maestría ( ) Doctorado
( ) Otro Cual:

Estado de escolaridad del beneficiario

(X) En curso ( ) Finalizó ( ) Desertó

Ocupación actual del beneficiario

(X) Estudiante ( ) Empleado ( ) Pensionado/jubilado ( ) Buscando trabajo
( ) Ama de casa ( ) Independiente ( ) Ninguno ( ) Otro

5.Datos de Familia

Estado Civil

( ) Casado/a ( ) Soltero/a ( ) Viudo/a ( ) Divorciado/a
( ) Unión Libre ( ) ( ) Tiene Hijos Cuantos:

¿De acuerdo a sus usos y costumbres, usted se auto-reconoce como?

( ) Afrocolombiano ( ) Indígena ( ) Palenquero/a ( ) Romani (ROM)/ gitano
( ) Raizal ( ) Ninguno (X) NS/NR ( ) Otro Cual?

6.¿Pertenece a grupos u organizaciones poblacionales, sociales o comunitarias?(Opción multiple respuesta)

( ) Indígena ( ) Afrodescendiente ( ) Víctima del Conflicto ( ) LGTBI ( ) Adulto mayor
( ) Grupo organizado de mujeres ( ) Grupo organizado de jóvenes ( ) Junta de acción comunal
( ) Junta administradora local (X) Ninguno ( ) Otro Cual?
( ) Club deportivo Cuál?

7. Datos de Salud

¿Padece alguna enfermedad permanente (crónica) que limite su actividad física?