Nombre Contratante	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DEL DEPORTE, LA EDUCACIÓN FÍSICA, LA RECREACIÓN Y EL APROVECHAMIENTO DEL TIEMPO LIBRE DEL HUILA – "INDERHUILA"
Nombre Supervisor (E)	GERARDO PINZON ZUÑIGA
Nombre Contratista	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
Identificación Contratista	1.082.215.328
Tipo de contrato	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN
N° contrato	CDIH121-2026
Objeto del contrato	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO MONITOR DEPARTAMENTAL DE HABITOS Y ESTILOS DE VIDA Y SALUDABLE PARA QUE ORIENTE EL DESARROLLO DEL PROGRAMA HUILA ACTIVO Y SALUDABLE EN LOS MUNICIPIOS DE YAGUARÁ, IQUIRA Y TERUEL DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA.
Informe N°	2/6
Correspondiente al periodo:	DEL 28 DE FEBRERO AL 27 DE MARZO DEL 2026
Valor por cobrar:	DOS MILLONES SETECIENTOS TREINTA MIL PESOS ($2.730.000) M/CTE
Fecha de entrega de informe	06 DE ABRIL DE 2026

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS REALIZADAS EN DESARROLLO DEL CONTRATO CDIH121 DE 2026

1. Residir obligativamente en el municipio donde realizará sus acciones.

Actualmente me encuentro residiendo en el municipio de **Yaguará** - Huila, en la **Calle 1 # 8 - 09** del barrio **las mercedes**. Esta ubicación me permite estar disponible de manera inmediata para el cumplimiento de las funciones asignadas en el territorio. Conozco bien el contexto local, las dinámicas comunitarias y las necesidades del municipio, lo cual facilitará la ejecución oportuna y eficiente de las actividades programadas. Además, mi residencia en el lugar garantiza compromiso, continuidad y presencia constante durante el desarrollo de las acciones.

2. Conformar como mínimo cuatro (4) grupos de actividad física. Estos grupos deben ser intervenidos tres (3) veces por semana cada grupo, en sesiones de una 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 impactando a todo el curso de vida, los cuales deberá está conformado, tamizado y presentando al Gestor en su totalidad en el segundo (2) mes a partir de la fecha de inicio del contrato de presentación de servicios. Las sesiones se deben realizar una vez a la semana, una sesión de estimulación muscular o entrenamiento funcional.

Durante este periodo se dio continuidad a las sesiones, realizando una modificación a los días asignados al grupo regular de Betania Fit, con el objetivo de poder alcanzar una mayor población.

Los cuales quedaron establecidos de la siguiente manera:

YAGUARÁ:
-Grupo Regular YAGUARA RUNNERS
Día: lunes.
Hora: 7:00 p.m.
Día: jueves
Hora: 7:45 p.m
Días: sábado
Hora: 6:00 a.m.
Lugar: malecón
N.º de usuarios proyectados: 30
Líder: Andres Felipe Vaicue
Celular: 3213093406

-Grupo Regular YAGUARA FIT
Días: lunes y miércoles.
Hora: 7:00 p.m.
Día: jueves
Hora: 6:30 p.m
Lugar: parque principal
N.º de usuarios proyectados: 50
Líder: Omaira Montaña
Celular: 3133409269

Grupo Regular BETANIA FIT
Días: martes.
Hora: 4:30 p.m.
Días: miércoles y jueves
Hora: 7:30 a.m.
Lugar: parque principal
N.º de usuarios proyectados: 30
Líder: patricia Carvajal
Celular: 3165716178

IQUIRA:
-Grupo Regular IQUIRA FIT
Día: lunes, miércoles y jueves.
Hora: 4:30 p.m.
Lugar: parque principal
N.º de Usuarios proyectados: 50
Líder: Soely Días
Celular: 3138546344

Con los grupos regulares se está realizando secciones de actividad física musicalizada en las diferentes modalidades en tipo de sección, estimulación muscular, gimnasia aeróbica, rumba aeróbica y stick aerobic.

3. Atender por lo menos un (1) grupo de actividad física no regular de manera presencial, con un mínimo de 30 personas o dos (2) grupos de actividad física cada uno con un mínimo de 15 personas, en el ámbito comunitario o de salud impactando todo el curso de vida, dirigir las sesiones una o dos (1-2) veces por semana, con una duración de 60 minutos intervenido en el ámbito comunitario o de salud impactando todo el curso de vida.

Durante este periodo se conformó en su totalidad el grupo no regular de actividad física en el hogar geriátrico La María, con una intervención de una vez por semana, en el marco del programa Huila Activo y Saludable del INDERHUILA, con el fin de llevar a todos los habitantes del sector actividad física en los diferentes ámbitos.

Grupo No Regular ADULTO MAYOR
Día: miércoles.
Hora: 10:00 am
Lugar: hogar geriátrico La Maria.
N° de Usuarios proyectados: 30
Líder: Estefany Gutierrez
Celular: 3132978720

4. Tamizar y reportar de manera ordenada al gestor las fichas de todos los usuarios de los grupos regulares y reportarlos en el mecanismo de captura de información (Drive) que estipule el INDERHUILA y entregar en carpetas rotuladas.

Se desarrollaron actividades con el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) de los municipios de Yaguará e Iquira, en cumplimiento de los compromisos establecidos en el plan de trabajo. Estas acciones permitieron identificar factores de riesgo y condiciones particulares de salud en la población beneficiaria, lo que facilito la orientación de intervenciones específicas. Asimismo, se fortaleció el seguimiento y acompañamiento a los participantes, garantizando una atención integral y coordinada con los demás componentes del programa, de la siguiente manera.

Yaguará Fit
Total de tamizajes 50

Iquira Fit
Total de tamizajes 50

Yaguara Runners
Total de tamizajes 30

Betania Fit
Total tamizajes 30

Adulto Mayor
Total tamizajes 30

5. Realizar cuatro (4) acciones de promoción y posicionamiento del programa de Hábitos y Estilos de Vida Saludable o del programa Vías Activas y Saludables con un mínimo de veinte (20) personas diferente cada mes. Dichas acciones se deben reportar mensualmente en el informe con los respectivos registros fotográficos y asistencias que las validen

Durante el periodo, se relacionan las siguientes acciones para promover HEVS:

E.S.E SAN ROQUE ACTIVA
Fecha: martes, 03 de marzo de 2026
Hora: 11:00 a.m.
Lugar: E.S.E san roque de Teruel.
Total de Participantes: 20 personas
Descripción de la Actividad:
En el marco de la promoción de hábitos de vida saludable y con el objetivo de combatir el sedentarismo en el entorno laboral, se realizó una jornada de actividad física dirigida a los funcionarios del hospital san roque del municipio de terual. La actividad consistió en una dinámica sesión de **Rumba Aeróbica**, diseñada para fomentar el ejercicio cardiovascular de forma divertida y accesible para todos los niveles de condición física.

ALCALDIA DE YAGUARÁ

Fecha: jueves, 12 de marzo de 2026
Hora: 10:00 a.m.
Lugar: Instalaciones de la alcaldía de Yaguará.
Actividad: Sesión de Rumba Aeróbica
Total de Participantes: 20 personas
Descripción de la Actividad:
En el marco de la promoción de hábitos de vida saludable y con el objetivo de combatir el sedentarismo en el entorno laboral, se realizó una jornada de actividad física dirigida a los colaboradores de la alcaldía municipal de yaguará. La actividad consistió en una dinámica sesión de **Rumba Aeróbica**, diseñada para fomentar el ejercicio cardiovascular de forma divertida y accesible para todos los niveles de condición física.
Durante aproximadamente 60 minutos, los participantes realizaron una rutina guiada de movimientos rítmicos al compás de música latina, estimulando no solo el cuerpo, sino también el ánimo y el trabajo en equipo entre los empleados.

ALCALDIA ACTIVA (IQUIRA)
Fecha: 26 de marzo de 2026
Hora: 2:00 p.m.
Lugar: Instalaciones de alcaldía municipal de Iquira.
Actividad: Sesión de Rumba Aeróbica y toma de peso.
Total de Participantes: 20 personas
Descripción de la Actividad:
En el marco de la promoción de hábitos de vida saludable y con el objetivo de combatir el sedentarismo en el entorno laboral, se realizó una jornada de actividad física dirigida a los funcionarios de la Alcaldía de iquira. La actividad consistió en una dinámica sesión de **Rumba Aeróbica**, diseñada para fomentar el ejercicio cardiovascular de forma divertida y accesible para todos los niveles de condición física.
Durante aproximadamente 30 minutos, los participantes realizaron una rutina guiada de movimientos rítmicos al compás de música latina, estimulando no solo el cuerpo, sino también el ánimo y el trabajo en equipo entre los empleados. asegurando una experiencia segura y energizante para todos los asistentes.

MADRES COMUNITARAS ACTIVAS
Fecha: 27 de febrero de 2026
Hora: 11:00 a.m.
Lugar: Instalaciones de la casa de la cultura.
Actividad: Sesión de Rumba Aeróbica
Total de Participantes: 20 personas
Descripción de la Actividad:
Se realizó acción en la casa de la cultura, realizando una sesión de Estimulación Muscular con el fin de combatir el sedentarismo en las madres comunitarias, y promover los Hábitos y Estilos de Vida Saludable, realizando un circuito funcional de 15 minutos con intervalos de 30 x 10, donde involucramos ejercicios como sentadillas, escaladores, jumping jacs, entre otros.

6. Realizar mínimo una (1) consejería mensual a un hogar de algunos de los usuarios de los grupos regulares en donde se reporte una visita inicial y una segunda intervención en actividad física de acuerdo con los parámetros establecidos por el INDERHUILA y ser reportado en el informe contando con los respectivos registros fotográficos y consentimiento informado que la validen.

Durante este periodo se dio a conocer la estrategia de consejería en los diferentes grupos de Actividad Física, identificando a la familia Perdomo, participante del grupo regular HEVS PARQUE PRIMCIPAL del municipio de Yaguará, realizando los encuentros, de la siguiente manera:

1 ENCUENTRO:
26 De marzo de 2026
Para el primer encuentro se socializa el formato de Consentimiento informado con el que se autoriza la intervención de la estrategia dentro del hogar, posteriormente se realiza una charla donde se expone el alcance de la estrategia, se especifica en este conversatorio la alimentación saludable y la importancia de la práctica regular de Actividad Física además de las recomendaciones de la OMS según la edad de los integrantes de la familia y se realiza una pausa activa para finalizar el primer encuentro.

2 ENCUENTRO
28 de marzo de 2026
En este segundo encuentro se realiza un momento teórico práctico, implementando un tabata en el polideportivo en frente de la casa, de igual manera se anexa formato de consentimiento informado, con los datos generales de los integrantes del hogar.

7. Realizar por lo menos una (1) asesoría a institución u organización en el ámbito educativo, laboral o comunitario de acuerdo con los parámetros establecidos en la ruta metodológica y reportar en el formato estipulado por el INDERHUILA, garantizando que se intervenga por lo menos el 70% del total de la población de la institución u organización. Cabe anotar que el primer reporte de las asesorías a instituciones u organizaciones (Capacitación), deber estar reportado a más tardar el segundo mes de acuerdo con la fecha del inicio del contrato de prestación de servicios. Cabe resaltar que en el ámbito laboral el número de personas que conforman la institución u organización no debe ser inferior a diez (10) personas, y en el ámbito educativo no deber ser inferior a veinte (20) personas.

Se llevó a cabo la gestión formal para solicitar la carta de intención, con el propósito de iniciar la implementación de la Ruta Metodológica durante el periodo académico. Este proceso se desarrollará considerando la aprobación previa de las docentes de la sede, así como la organización de las actividades previstas dentro del marco del proceso. Resulta fundamental contar con el compromiso y la articulación del equipo docente para asegurar el adecuado cumplimiento de las fases metodológicas planteadas.

8. Realizar un (1) evento masivo bimestral, donde se evidencie la articulación con otras instituciones y que busque la participación de todos los grupos poblaciones con un mínimo de 90 personas de manera presencial. Cabe anotar que el monitor debe realizar los eventos masivos en o los municipios que este interviniendo, en la evidencia fotográfica que se plasme en el informe debe claramente visualizarse la cantidad de personas y el monitor que la orienta.

CARRERA DE LA MUJER YAGUAREÑA
Fecha: 27 marzo de 2026
Hora: 05:00 p.m.
Lugar: inicio parque principal finalizando en la bahía del barrio villa Laura.

Actividad: Running y Rumba Aeróbica
Total de Participantes: 200 personas
Descripción de la Actividad: se llevó la carrera de la mujer dando inicio con un calentamiento en el parque principal ángel maria paredes realizando un recorrido de 1.5 kilómetros aproximadamente por las principales del municipio de Yaguará finalizando con una espectacular Rumba Aeróbica interpretando diferentes géneros musicales como reguetón, champeta, entre otros, hubo tarima para los monitores, sonido, fruta eh hidratación que les brindo a los participantes, el director del inderhuila Felipe Victoria, con el fin de entregar una implementación puedan seguir implementando la actividad física en el municipio en sus diferentes ámbitos.

9. Generar iniciativas mensuales para la promoción, implementación y fortalecimiento de las Vías Activas y Saludables (VAS), así como la realización de un evento masivo enfocado en las VAS, como acción orientada a su promoción, implementación y fortalecimiento.

Posterior a la socialización, se coordinó nuevamente una reunión con la secretaria de competitividad y asuntos sociales, Gloria Tovar, con el propósito de establecer una fecha para la implementación de la estrategia de Vías Activas y Saludables (VAS), contemplando actividades como el uso de la bicicleta y la definición de posibles jornadas para su desarrollo. Este tipo de articulación entre municipios fortalece el compromiso con la promoción de la actividad física y la movilidad sostenible, generando beneficios en la salud, la convivencia y el adecuado aprovechamiento del espacio público en las comunidades participantes.

10. Realizar durante los dos (2) primero meses de la ejecución del contrato la articulación a nivel municipal del trabajo intersectorial para la promoción de los hábitos y estilos de la vida saludable, por medio de una mesa de trabajo con diferentes entidades municipales y reportarlo en el documento estipulado por el INDERHUILA.

Se llevó a cabo una reunión con el equipo del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), en la cual se establecieron compromisos y acuerdos para la organización del evento "Carrera de la Mujer Yaguareña", así como la proyección de posibles actividades relacionadas con la promoción de la actividad física en el municipio. Durante el encuentro se definieron responsabilidades, tiempos de ejecución y estrategias de articulación interinstitucional, con el fin de garantizar una adecuada planificación y desarrollo de las jornadas. Asimismo, se resaltó la importancia de estas iniciativas para fomentar hábitos y estilos de vida saludables, fortalecer la participación comunitaria y promover espacios de integración y bienestar para la población.

11. Asistir a las reuniones periódicas que tenga establecido la supervisión y el Gestor de manera presencial o virtual en su cronograma de capacitación y seguimiento a las acciones del programa.

En cumplimiento de las directrices establecidas, el día 5 de marzo a las 12:30 p.m. se participa en una reunión virtual, cuyo propósito fue informar y organizar las actividades a desarrollar en el marco de la conmemoración del Día de la Mujer en los municipios con cobertura del programa.
La reunión se llevó a cabo con la participación de monitores y coordinadores, entre ellos Héctor Gaviria (programa de actividad física) y Jaime Mosquera (programa de recreación). Como resultado, se acordó articular y coordinar con cada una de las alcaldías municipales la planeación y ejecución de los eventos programados para el mes de marzo.
-participe en la reunión de la audiencia pública de rendición de cuentas del inderhuila, el día 27 de marzo del 2026 a las 10:00 a.m., donde se socializa con transparencia los avances y alcances del plan de desarrollo departamental.

12. Atender las recomendaciones que sean formuladas por el Supervisor del Contrato para efectos de ejecutar en debida forma el objeto del contrato.

Se da cumplimiento a esta obligación atendiendo de manera eficiente y oportuna las sugerencias y recomendaciones emitidas por el supervisor, con el fin de garantizar la mejora continua en los procesos y el correcto desempeño de las actividades asignadas. Asimismo, se mantiene un seguimiento constante para asegurar que las acciones implementadas respondan a los estándares de calidad establecidos y contribuyan al cumplimiento de los objetivos institucionales.

13. Mantener en forma organizada el archivo en medio físico y digital de cada una de las actividades, Reportando y entregando al gestor mes a mes la población atendida por municipios en el formato estipulado por el INDERHUILA.

Con el fin de garantizar una gestión documental eficiente y ordenada, se mantiene un archivo organizado que integra tanto el almacenamiento físico como el digital. Este sistema híbrido permite conservar la información de manera segura, accesible y estructurada, facilitando así su consulta y manejo en cualquier momento.

Para el archivo digital, se ha implementado una plataforma en OneDrive, la cual fue creada y es administrada por la entidad INDERHUILA. En este repositorio virtual, se cargan de forma periódica todos los documentos estipulados, organizados mes a mes conforme a los requerimientos institucionales y legales vigentes. Esta metodología asegura que cada archivo esté debidamente clasificado, facilitando su ubicación y consulta eficiente.

El uso de OneDrive como soporte digital ofrece múltiples ventajas, tales como la disponibilidad remota, la protección mediante sistemas de respaldo automático y la posibilidad de compartir documentos de manera segura con los usuarios autorizados. Esto contribuye significativamente a optimizar los procesos administrativos y a mejorar la transparencia en la gestión documental.

14. Registrar y/o actualizar durante el primer mes de ejecución del contrato la hoja de vida en el Sistema de Información y Gestión del Empleo Público SIGEP II, para cual requerirá la validación de información por parte de la entidad.

Se informa a las partes interesadas que la información contenida en la plataforma del Sistema de Información y Gestión del Empleo (SIGEP II) ha sido completamente actualizada. Esta actualización incluye la incorporación y verificación de todos los documentos pertinentes necesarios para el correcto funcionamiento y gestión del sistema.

Con este proceso, se garantiza que los datos disponibles en la plataforma reflejan la información más reciente y precisa, facilitando así la toma de decisiones, la gestión administrativa y el seguimiento adecuado de los procesos relacionados con el empleo.

15. Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al Sistema de Seguridad Socal integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF), de conformidad con lo establecido en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, artículo 6 Ley 1562 de 2012 y Decreto 1273 de 2018, por cuanto el cumplimiento de esta obligación es requisito indispensable para

Se realizó el pago de aportes correspondiente al mes de MARZO de 2026, que fueron cancelados en ASOPAGOS, a través de las planillas: 36500619 correspondiente al mes de MARZO con fecha de pago 17 de MARZO de 2026

SALUD	NUEVA EPS	$ 218.900
PENSION	PROTECCION	$ 280.200
ARL	POSITIVA	$42.700
TOTAL, PAGADO		**$ 541.800**

Según Decreto 1273 – 2018, el cual señala el pago vencido de las cotizaciones al Sistema de Seguridad Social Integral de los cotizantes que trata el Artículo 3.2.7.6 del presente Decreto.

16. Guardar la reserva y confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular, y responderá civil y penalmente por su adulteración, pérdida, uso o acceso no autorizado o fraudulento, así como por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la Entidad o a terceros, durante el plazo de ejecución del contrato y dos (2) años más, conforme a las disposiciones contenidas en la Ley 1266 de 2008, la Ley 1273 de 2009, la ley 1581 de 2012 y demás normas que las complementen, sustituyan o modifiquen.

Según la Ley 1266 de 2008, la ley 1273 de 2009, la ley 1581 de 2012 y demás normas que las complementen, sustituyan o modifiquen Se guarda con entera reserva y confidencialidad la información recibida en las fichas de tamizaje y registro a grupo regulares, con el fin de velar por la lealtad y transparencia de los procesos de obtención de información con fines institucionales.

17. Responder y reintegrar por todos y cada uno de los insumos, suministros, herramientas, información, implementación, inventarios y/o materiales que le hayan sido suministrados con ocasión de la ejecución contractual, de acuerdo con el deber de cuidado y diligencia inmerso en el contrato.

A la fecha, no he recibido insumos, suministros, herramientas, dotación, implementos ni materiales por parte de la entidad para la ejecución del objeto contractual. No obstante, reitero mi disposición y compromiso de recibir, custodiar y dar buen uso a dichos elementos en caso de ser entregados, respondiendo con la debida diligencia conforme a lo estipulado en el contrato

18. Para efectos del informe final, el cumplimiento del artículo 2.8.2.2.4. del Decreto 1080 de 2015, deberá entregar mediante el diligenciamiento del formato único de inventario documental aprobado por la entidad, los archivos que se encuentren en poder del contratista.

En cumplimiento del artículo 2.8.2.2.4. del Decreto 1080 de 2015, me permito informar que:
Los archivos generados en el marco de la ejecución del contrato se encuentran debidamente organizados y disponibles para ser entregados en el informe final, conforme a los lineamientos establecidos por la entidad. Quedo atento a recibir el formato único de inventario documental aprobado por INDERHUILA, para proceder con su debido diligenciamiento y entrega en los términos establecidos.

Reitero mi disposición para cumplir a cabalidad con esta obligación, garantizando la adecuada gestión documental del proceso contractual.

19. Apoyar con la elaboración de la documentación pertinente del proceso que lidera o ejecuta, para la correspondiente implementación del Sistema de Gestión de Calidad basado en la ISO9001:2015 que opte a certificar el inderhuila.

Se apoya la elaboración y ajuste de documentos y formatos establecidos por INDERHUILA, incluyendo la codificación del formato de consejería a hogares, con el fin de garantizar su adecuada implementación dentro del sistema de gestión, asegurando la estandarización de procesos, la trazabilidad de la información y el cumplimiento de los lineamientos institucionales.

20. Entregar con el informe final, un backup de los archivos de gestión donde se relacione la documentación e información producida durante la ejecución del contrato con el objeto de garantizar la seguridad de la información y continuidad de la operación.

Dicha entrega se realizará al finalizar el contrato, tanto en físico como en digital, garantizando la integridad, legibilidad y organización de los archivos, asegurando el cumplimiento de los requisitos técnicos y administrativos exigidos. De igual manera, se dejará constancia de recibido a satisfacción por parte del supervisor del contrato.

21. Las demás contempladas sin perjuicio de la solicitud de apoyo directo que pueda requerir el INDERHUILA, o que de manera específica de acuerdo con el objeto contractual le asigne la Dirección

Se dará cumplimiento a las actividades requeridas o delegadas por la institución, conforme a las funciones asignadas en el marco del contrato y en articulación con los lineamientos establecidas por el INDERHUILA. Estas acciones serán ejecutadas con responsabilidad, oportunidad y conforme a las necesidades operativas que se presenten durante el periodo.

Certifico que cada una de las actividades desarrolladas se ejecutó con calidad y se soportan con lealtad

Oscar Ivan Trujillo Ocampo

OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
C.C. 1.082.215.328 DE YAGUARÁ HUILA
Contratista INDERHUILA

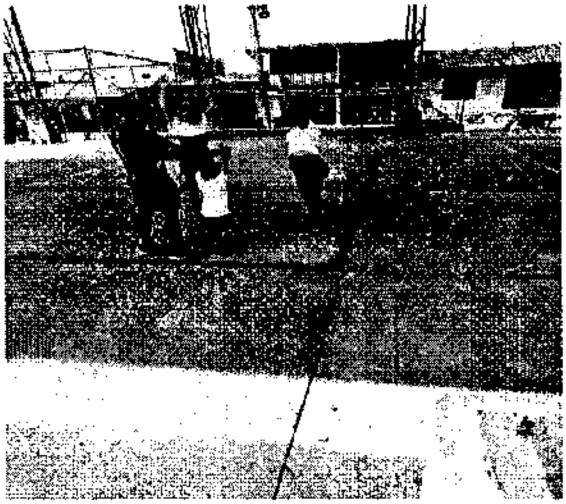
REGISTRO FOTOGRÁFICO	
EVENTOS	
GRUPO REGULAR HEVS PARQUE PRINCIPAL DEL MUNICIPIO DE YAGUARÁ	GRUPO REGULAR IQUIRA FIT DEL MUNICIPIO DE IQUIRA
GRUPO REGULAR BETANIA FIT DEL MUNICIPIO DE YAGUARÁ	GRUPO REGULAR YAGUARA RUNNERS
GRUPO NO REGULAR ADULTO MAYOR DEL MUNICIPIO DE YAGUARÁ	EVENTO MASIVO CARRERA DE LA MUJER YAGUAREÑA 2025

ACCIÓN PARA PROMOVER HEVS-ALCALDÍA DE YAGUARÁ ACTIVA

ACCIÓN PARA PROMOVER HEVS E.S.E SAN ROQUE DE TERUEL

ACCIÓN PARA PROMOVER HEVS- MADRES COMUNITARAS ACTIVAS

JORNADA DE TAMIZAJES CON EL GRUPO REGULAR DE IQUIRA FIT

ACESORIA A HOGARES DEL GRUPO REGULAR SEGUNDA VISITA	PAUSA ACTIVA PARA PROMOVER HEVS – ALCALDIA DE IQUIRA
	
REUNION VIRTUAL CON EL GESTOR DEPARTAMENTAL HECTOR MALVINI LUGO	JORNADA DE INDUCCION Y REINDUCION EN EL HOTEL LOS GABRIELES DEL MUNICIPIO DE RIVERA

Instituto huila

PROCESO
FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL

FORMATO
Ficha de Seguimiento a Grupos Regulares y No Regulares de Actividad Física

Versión: 4
CÓDIGO: FD-FR-089
Fecha: 18/07/2023

NOMBRE DEL MONITOR O PROMOTOR DE HEVS O VAS:	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO	**NOMBRE DEL GRUPO REGULAR O NO REGULAR:**	HEVS IQUIRA	**SEMANA EPIDEMIOLÓGICA** DESDE: 9	HASTA: 12
DEPARTAMENTO:	HUILA	**MUNICIPIO:**	IQUIRA	**COMUNA, LOCALIDAD O VEREDA:**	

						9				10				11				12						
1	PERDOMO	OLGA	26.515.915	x	x	x		x	x	x		x	x	x		x	x	x						Olga Perdomo
2	CEDEÑO	MIRIAM	26.427.656	x				x	x				x				x							Miriam Cedeño
3	GONGORA	SANDRA	26.515.685	x	x			x		x			x	x		x	x							Sandra Gongora
4	CERQUERA	DILIA	26.515.907	x				x	x				x	x		x	x							Dilia Cerquera
5	GUEVARA	KAREM	1.084.869.617	x	x			x	x				x			x	x							Karem Guevara
6	ALVARES	MERLY	1.084.867.689	x	x			x	x			x	x			x	x							Merly Alvarez
7	CERQUERA	CARLA	10.755.256.136	x	x			x		x			x	x			x	x						Karla Cerquera
8	RENDON	EVELYN	1.037.646.893	x		x			x	x			x	x			x	x						Evelyn Rendon
9	PERDOMO	BEATRIZ	26.514.808	x	x			x	x	x		x	x			x	x							Beatriz Perdomo
10	DIAZ PERDOMO	SOELY CONTANZA	26.515.986	x	x			x	x			x	x			x	x	x						Soely Diaz
11	LEIVA	SANDRA	1.084.869.687	x	x			x	x			x	x			x	x	x						
12	PERDOMO CUBIDES	ANDREINA VANESSA	26.515.849	x	x			x	x				x	x		x	x							Andreina Vanega P
13	PERDOMO MONTEALEGRE	OLGA	26.515.915	x	x			x	x			x	x			x	x							Olga Perdomo M.
14	MORENO OSSO	RAFAEL EMILIO	1.084.866.128	x	x			x	x							x	x							Rafael Emilio M.
15	SORA FIGUEROA	YINA MILENA	55.066.284	x	x			x	x			x	x			x	x							Yina Sora Figueroa

PROCESO FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		**Versión:** 3
FORMATO Ficha de Seguimiento a Grupos Regulares y No Regulares de Actividad Física		**CÓDIGO:** FD FR 089 **Fecha:** 19/07/2021

NOMBRE DEL MONITOR O PROMOTOR DE HEVS O VAS:	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO	**NOMBRE DEL GRUPO REGULAR O NO REGULAR:**	HEVS IQUIRA	**SEMANA EPIDEMIOLÓGICA** **DESDE:**	9	**HASTA:**	12
DEPARTAMENTO:	HUILA	**MUNICIPIO:**	IQUIRA	**COMUNA, LOCALIDAD O VEREDA:**			

				9				10				11				12								
16	IRSA ROA	MARIA	26.514.823	X	X			X	X			X	X			X	X							Maria Irsa Roa
17	CABRERA LEIVA	CLAUDIA JIMENA	26.515.161	X		X		X	X				X	X		X	X							
18	PERDOMO OBREGON	ANA MARCELA	26.515.922	X	X			X	X			X	X			X	X							Ana Perdomo
19	CASTRO SORA	ANDREA CAMILA	1.193.214.922	X	X				X	X		X	X				X	X						Andrea Castro
20	POLANCO TORO	DANIELA	1.084.869.518	X	X			X	X				X	X		X	X							Daniela Toro
21	CAPERA ALAPE	CLAUDIA LORENA	1.115.790.317	X	X			X	X			X	X			X		X						Claudia Lorena Capera
22	ORTIZ EPIA	LISBETH MAYERLY	1.084.867.735	X	X			X	X				X	X		X	X							
23	TAMAYO PERDOMO	LEIDY MARIA	1.075.231.272	X	X				X	X		X	X				X	X						Leidy Maria Tamayo
24	URUEÑA	MAGNOLI FLOR	37.278.656	X	X			X	X				X	X		X	X							Magnoli Flor
25	CABRERA CABRERA	DIANA MARCELA	1.084.870.009	X		X			X	X			X	X		X		X						
26	CERQUEA	KARLA	10.755.256.136	X	X			X	X			X	X											Karla Maria Cerquera
27	PERDOMO	ADRIANA	26.515.849	X		X			X	X			X	X		X	X							
28	FIGUEROA	MILENA	55.066.284	X	X			X	X			X	X			X		X						
29	CABRERA	JIMENA	26.515.161	X		X		X	X	X			X				X	X						Jimena Cabrera
30	CASTRO	CAMILA	193.214.922	X	X			X	X			X	X			X	X							Camila Castro
31	PARRA GOMEZ	LEIDY	1.013.609.957	X	X			X	X				X	X			X	X						Leidy Gomez
32	RIVAS PARRA	JOSUE	10.298.900.639	X	X			X	X			X	X			X	X							Josue Rivas P
33	CASTRO	MILENA	26.424.353	X	X			X	X			X	X			X	X	X						
34	TRUJILLO	SAMUEL	1.084.868.421	X	X			X	X			X	X			X								Samuel Trujillo
35	TRUJILLO	MATEO	1.084.870.146	X	X				X	X		X	X											MATEO TRUJILLO

Indeportes Huila	PROCESO FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 3
	FORMATO Ficha de Seguimiento a Grupos Regulares y No Regulares de Actividad Física		CÓDIGO: FD-FR-089 Fecha: 19/07/2021

NOMBRE DEL MONITOR O PROMOTOR DE HEVS O VAS:	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO	**NOMBRE DEL GRUPO REGULAR O NO REGULAR:**	HEVS IQUIRA	**SEMANA EPIDEMIOLÓGICA**			
				DESDE:	7	**HASTA:**	12
DEPARTAMENTO:	HUILA	**MUNICIPIO:**	IQUIRA	**COMUNA, LOCALIDAD O VEREDA:**			

						9				10				11				12						
36	TRUJILLO	JESUS HERNAN	83.245.591	X	X			X	X			X	X			X								J Hernan Trujillo
37	CASTRO	VALLERY	1.075.795.420	X	X			X		X		X		X		X	X							Valery Castro
38	CASTRO	CELESTE	1.076.925.064	X	X			X	X			X	X			X	X							Celeste Castro
39	CASTRO	EDNA MARIA	1.003.803.572	X	X			X	X			X	X			X	X							Edna Maria C.
40	TRUJILLO	LIXA MONICA	56.308.719	X	X			X	X			X		X		X	X							lixa Monica T.
41	PEDROZA	YULITZA ANDREA	1.084.869.559	X	X				X							X	X							Andrea Pedroza
42	FLOR DIAZ	EDNA CATALINA	1.084.866.176	X		X			X	X		X	X			X	X							
43	RODRIGUEZ	ANGIE TATIANA	1.002.538.300	X	X			X	X			X	X			X	X							Angie Tatiana R
44	OSSO RUIZ	VANESSA	1.084.869.011	X	X			X	X			X	X				X	X						Vanessa Osso
45	SALAZAR	ARGENIS	55.150.771	X	X	X		X	X			X		X		X	X							
46	GUARNIZO BARRETO	LINA MARCELA	1.075.229.881	X		X		X	X			X	X			X	X							Lina Marcela G
47	LOZANO	LUZ EDITH	1.075.544.393	X	X			X	X				X	X			X	X						Luz Lozano
48	ABELLO CASTILLO	SHIRLY	26.593.475	X	X			X		X		X	X			X	X							Shirly abello Castillo
49	CABIEDES	OSCAR FRANCISCO	1.084.869.619	X	X			X	X			X		X		X	X							Oscar Francisco
50	CABIEDES ABELLO	MARIA JOSE	1.084.868.530	X	X			X	X			X	X			X		X						
51																								
52																								
53																								
54																								
55																								

Inderhuila	**PROCESO** FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 4
		CÓDIGO: FD FR-069
	FORMATO Ficha de Seguimiento a Grupos Regulares y No Regulares de Actividad Física	**Fecha:** 18/07/2023

NOMBRE DEL MONITOR O PROMOTOR DE HEVS O VAS:	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO	**NOMBRE DEL GRUPO REGULAR O NO REGULAR:**	HEVS PARQUE PRINCIPAL	**SEMANA EPIDEMIOLOGICA**	**DESDE:** 9 **HASTA:** 12
DEPARTAMENTO:	HUILA	**MUNICIPIO:**	YAGUARÁ	**COMUNA, LOCALIDAD O VEREDA:**	

				9				10				11				12								
1	RICO PERDOMO	LILIANA	1.080.296.519	X	X			X	X			X	X			X	X							Liliana Rico
2	JOHANA VARGAS	KELY	1.082.216.265	X		X						X				X	X							Kely Vargas
3	FIERRO PERDOMO	NATALIA	1.075.268.065	X		X		X				X	X			X	X							Natalia Fierro
4	ISABEL ANDRADE	NOHORA	26.425.609	X	X			X	X			X	X											Nohora [illegible]
5	CORONADO	CAROLINA	1.079.888.151	X	X	X		X	X			X	X			X	X							
6	ORTIZ	MARITZA	1.082.215.597	X	X			X	X			X	X			X	X							Maritza Ortiz
7	SOFIA ALVARADO	ANA	1.075.103.868	X	X			X	X			X	X			X	X							Ana Sofia Alvarado
8	JAVIER DURAN	OSCAR	108.215.978	X	X			X	X			X		X		X	X							Oscar Duran
9	DURAN YUCUMA	MELANI	1.082.217.226	X	X			X	X			X	X			X	X							Melani Duran Y
10	CAROLINA ROMERO	ANYI	1.004.304.639	X	X			X	X			X	X			X	X	X						Anyi Romero
11	ANDREA CORDOBA	YULITZA	1.082.217.116	X	X			X	X			X	X			X	X							Yulitza Cordoba.
12	ARMANDO TRUJILLO	DIEGO	1.082.216.399	X	X			X	X			X	X			X	X							Diego Trujillo
13	ANTONIO TRUJILLO	MARCO	1.082.214.607	X	X			X	X			X	X			X	X	X						Marco Trujillo O.
14	LIZCANO PALOMINO	EMANUEL	1.075.511.637	X	X			X	X			X	X			X	X							Emanuel Lizcano
15	TRUJILLO OLAYA	ASTRID	36.306.313	X	X			X	X			X	X			X	X							Astrid Trujillo

Indeporteshuila	PROCESO FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 3
		CÓDIGO: FD-FR-089
	FORMATO Ficha de Seguimiento a Grupos Regulares y No Regulares de Actividad Física	Fecha: 19/07/2021

NOMBRE DEL MONITOR O PROMOTOR DE HEVS O VAS:	Oscar Ivan Trujillo [illegible]	**NOMBRE DEL GRUPO REGULAR O NO REGULAR:**	Hevs Parque Principal	**SEMANA EPIDEMIOLÓGICA**			
				DESDE:	9	**HASTA:**	12
DEPARTAMENTO:	Huila	**MUNICIPIO:**	Yaguará	**COMUNA, LOCALIDAD O VEREDA:**			

				9				10				11				12								
16	VALLEJO CHILA	THALIA	1.082.217.310	X	X	X		X	X			X	X			X	X							Thalia Vallejo
17	TOVAR RAMIREZ	ANA MILENA	26.607.922	X		X			X	X		X		X			X	X						Ana Milena To
18	CHILA MONTAÑA	ANA SOFIA	1.004.305.002	X	X			X	X			X	X			X	X							Ana Sofia Montaña
19	CONTANZA MONTAÑA	NORMA	52.466.210	X	X			X		X			X				X							Norma Montaña
20	CHILA MONTAÑA	KEVIN	119.272.416		X	X		X	X			X	X			X	X							Kevin montaña
21	FAJARDO RAMIREZ	YANETH	26.607.858	X	X				X	X		X	X				X	X						Yaneth Fajardo
22	ZUÑIGA RIVAS	MARINA	26.514.800	X	X			X	X				X	X		X	X							Marina Zuñiga
23	ALVIRA RAMIREZ	BLANCA LIGIA	55.161.846	X	X	X			X	X			X	X			X	X						Blanca ligia
24	LEIVA TAVERA	MARIA FERNANDA	1.082.217.203	X		X		X	X			X	X			X								Mafe leiva
25	HERNANDEZ ARAUJO	FRANCIA ELENA	26.606.989	X	X			X	X				X	X			X	X						Francia Elena Hernández
26	ALVAREZ CUEVAS	MAGNOLIA	26.607.673		X	X		X	X			X		X		X		X						Magnolia Alvarez
27	FERNANDO VARGAS	LUIS	1.082.215.204	X	X			X	X				X	X			X	X						Luis Vargas
28	MILED YUSTRES	MERCY	26.606.907	X	X			X	X				X	X		X	X							
29	CUEVAS TRUJILLO	RENATA	1.004.304.888	X		X			X								X	X						Renata Cuevas
30	PERDOMO ALBINA	GISELA	26.607.675	X	X			X	X			X	X			X	X							Gisela Perdomo
31	ROJAS MEJIA	GISELLE TATIANA	1.082.214.971	X		X		X		X			X	X		X	X							Gisselle Tatiana M
32	RAMIREZ LOZANO	LINA MARCELA	1.076.508.138	X	X				X	X			X				X	X						
33	EUGENIA PAVA	MARIA	31.953.292	X	X			X	X			X	X			X	X							Maria Pava
34	YUSTRES GARCIA	DANIELA	1.082.217.163		X	X		X	X			X	X			X	X							
35	MILENA ALVARADO	SANDRA	1.082.214.300	X	X				X				X	X		X	X							mile

PROCESO	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	**Versión:** 3
		CODIGO: FD-FR-089
FORMATO	Ficha de Seguimiento a Grupos Regulares y No Regulares de Actividad Física	**Fecha:** 19/07/2021

NOMBRE DEL MONITOR O PROMOTOR DE HEVS O VAS:	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO	**NOMBRE DEL GRUPO REGULAR O NO REGULAR:**	HEVS PARQUE PRINCIPAL	**SEMANA EPIDEMIOLÓGICA** **DESDE:**	9	**HASTA:**	12
DEPARTAMENTO:	HUILA	**MUNICIPIO:**	YAGUARÁ	**COMUNA, LOCALIDAD O VEREDA:**			

				9				10				11				12								
36	VANEGAS SEGURA	MARIELA	51.922.764	X	X			X	X			X	X			X	X							M. Vegas
37	PERDOMO ROJAS	LUISA FERNANDA	26.607.417	X	X			X	X				X	X		X	X							Luisa F. Perdomo
38	FIERRO GAITAN	BELQUIS	26.606.819	X	X				X	X		X	X			X	X							Belquis
39	MONTAÑA	OMAIRA	1.082.214.027	X		X		X	X			X	X			X		X						Omaira Montaña
40	HERNANDEZ CARVAJAL	MARIA ESTER	26.606.398	X	X				X	X			X	X			X	X						Maria Ester Hernand
41	ALEJANDRA ACUÑA	DAYANA	1.004.305.222	X	X			X	X			X	X			X	X							Dayana Acuña
42	JIMENA TOVAR	CLAUDIA	26.607.143	X		X			X	X			X	X			X	X						
43	MARIA BARRETO	JIMENA	26.077.153		X	X		X	X			X	X			X	X							Jimena barreto
44	ALEJANDRA GARCIA	MARIA	1.082.215.524	X	X			X	X			X	X			X	X							
45	RIVAS CAMCHO	MARIA CAMILA	1.082.215.133	X		X		X	X			X	X			X	X							
46	OCAMPO TOVAR	MARIA ELLNA	26.606.991	X	X			X	X			X	X											Maria Elena Ocampo
47	TRUJILLO	CEFORA	36.159.005		X	X		X	X				X	X		X	X							Cefora Trujillo
48	TRUJILLO HERNANDEZ	YINA PAOLA	26.607.535	X	X			X	X			X	X			X	X							
49	RAMIREZ	NATALIA	26.607.600	X	X			X	X			X		X			X	X						Natalia Ramirez
50	FERNANDA MENESES	YESSICA	1.082.215.447	X					X				X				X	X						
51																								
52																								
53																								
54																								
55																								

PROCESO	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 4 CÓDIGO: FD-FR-089
FORMATO	Ficha de Seguimiento a Grupos Regulares y No Regulares de Actividad Física	Fecha: 18/07/2023

NOMBRE DEL MONITOR O PROMOTOR DE HEVS O VAS:	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO	NOMBRE DEL GRUPO REGULAR O NO REGULAR:	HEVS RUNNER	SEMANA EPIDEMIOLÓGICA	
				DESDE: 9	HASTA: 12
DEPARTAMENTO:	HUILA	MUNICIPIO:	YAGUARÁ	COMUNA, LOCALIDAD O VEREDA:	

						9				10				11				12						
1	TRUJILLO VIDARTE	DANIELA	1.082 215 257	x	x	x			x			x	x			x	x							Daniela Trujillo
2	CORDOBA RAMIREZ	CLAUDIA JIMENA	10.872.159.947	x	x			x	x			x	x			x	x	x						
3	QUINTERO CERQUERA	ISABELLA	1.082.216.240	x	x			x	x			x	x				x	x						Isabella Quintero
4	AGUIRRE	ALEJANDRA	1.082 217 022	x	x	x			x				x	x			x	x						Alejandra aguirre
5	POLANCO POLANCO	OSCAR FERNANDO	1.082 214 416	x	x			x	x			x	x			x	x							Oscar Fernando P
6	PARRA	ISABEL CRISTINA	1.074 408 786	x	x				x	x		x	x			x	x							
7	RAMOS	SOLANYI	1.004 305.194	x	x			x	x				x			x	x							Solanyi Ramos
8	HOYOS CORREDOR	LUIS FERNANDO	1.082.216.820	x	x			x	x			x	x			x	x							
9	CORONADO CERQUERA	ANDREA	1.082 214.568	x	x			x	x			x	x			x	x							Andrea Coronado
10	POLO TOVAR	LUIS HERNEY	83.238 116	x	x			x	x			x	x			x	x							luis Polo
11	POLO CORONADO	DAVID	1.076 509.519	x	x			x	x			x	x			x	x							David Polo
12	POLO CORONADO	ANDRES	1.029.892 129	x	x			x	x			x	x			x	x							Andres Polo
13	POLO CORONADO	MARLON	1.076.509 519	x	x			x	x			x	x			x	x							Marlon Polo
14	POLO TOVAR	JHOAN SEBASTIAN	1.082.216 339	x	x			x	x			x	x			x	x							
15	CORONADO	VIOLETA	1.075.630.119	x	x			x	x			x	x			x	x							Violeta Coronado

PROCESO FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		**Versión:** 3
		CÓDIGO: FD-FR-089
FORMATO Ficha de Seguimiento a Grupos Regulares y No Regulares de Actividad Física		**Fecha:** 19/07/2021

NOMBRE DEL MONITOR O PROMOTOR DE HEVS O VAS:	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO	**NOMBRE DEL GRUPO REGULAR O NO REGULAR:**	HEVS RUNNER	**SEMANA EPIDEMIOLÓGICA** **DESDE:** 9	**HASTA:** 12
DEPARTAMENTO:	HUILA	**MUNICIPIO:**	YAGUARA	**COMUNA, LOCALIDAD O VEREDA:**	

				7				10				11				12								
16	ARAUJO	ANDRES	1.082.216.597	X	X			X	X			X	X			X	X							Andres Araujo
17	SAAVEDRA TRUJILLO	ASHLY BRIYITH	1.193.128.718	X	X			X	X			X	X			X	X							Brigith Trujillo
18	LIZCANO	ANGI LIZETH	1.082.216.822	X	X			X	X			X	X	X		X	X	X						Angi lizcano
19	IPIO POLANCO	HAROLD	1.082.215.193	X	X				X	X			X	X			X	X						Harold ipia
20	PEREZ URIBE	SAMUEL	1.075.799.230	X	X	X		X	X				X	X		X	X							Samuel Uribe
21	PERDOMO LEIVA	KAROL JULIETH	1.130.024.225	X	X			X	X	X		X		X		X		X						
22	VAIQUE	ANDRES FELIPE	1.082.216.244	X	X			X	X			X	X			X	X							Andres Vaique
23	CHILA	KEVIN	11.127.224.416	X		X			X	X			X	X			X	X						Kevin Chila
24	LARA RIVEROS	NIKOL SOFIA	107.650.846	X	X			X	X			X	X			X	X							Nikol Lara
25	COLLAZOS DURAN	LEONELA	1.130.024.245	X	X			X	X			X		X		X	X	X						Leonela Duran
26	ARAUJO RAMIREZ	SARA LUCIA	1.130.024.243	X	X			X		X		X	X			X		X						Sara lucia A.
27	MEJIA RAMIREZ	MARIA JOSE	1.082.215.862	X		X		X	X			X	X	X		X	X	X						Maria jose mejia
28	RAMIREZ PEREZ	NATALIA	1.075.265.318	X	X			X	X			X	X			X	X							Natalia Ramirez
29	TOVAR RAMIREZ	PAULA JULIANA	1.077.236.152	X		X			X	X			X	X			X	X						Paula Tovar
30	CHIMBACO	ALEX	1.004.304.996	X	X			X	X			X	X			X	X							Alex chimbaco
31																								
32																								
33																								
34																								
35																								

Indeportes Huila	**PROCESO** FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	**Versión: 4**
		CÓDIGO: FD-FR-089
	FORMATO Ficha de Seguimiento a Grupos Regulares y No Regulares de Actividad Física	**Fecha:** 18/07/2023

NOMBRE DEL MONITOR O PROMOTOR DE HEVS O VAS:	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO	**NOMBRE DEL GRUPO REGULAR O NO REGULAR:**	HEVS BETANIA	**SEMANA EPIDEMIOLÓGICA**			
				DESDE:	9	**HASTA:**	12
DEPARTAMENTO:	HUILA	**MUNICIPIO:**	YACUARÁ	**COMUNA, LOCALIDAD O VEREDA:**			

				9				10				11				12								
1	FIERRO GONGORA	VALENTINA	1.075.287.028	X	X			X	X				X	X			X	X						
2	COLLAZOS TAMAYO	MARIA DIDIANA	36.312.784	X	X			X	X			X	X			X	X							Mari Didiana C.
3	RAMIREZ CORDOBA	EDNA ROCIO	1.082.216.829	X	X	X		X	X	X		X	X	X		X		X						
4	ANDRADE SUAREZ	OLDINELLY	1.082.215.357	X		X		X		X		X	X				X	X						Nelly Suarez
5	ANAYA	OLIVIA	1.082.214.516	X	X	X			X	X		X	X			X	X							Olivia Anaya
6	ANAYA	PATRICIA	55.165.939	X	X			X	X			X	X			X	X							
7	GOMEZ	ESTEFANY YULIETH	1.003.951.180	X	X			X	X			X	X	X			X	X						
8	CORDOBA	KATERIN	1.075.796.008	X		X		X	X			X	X			X	X							Katherin. Cordoba
9	RICO PERDOMO	ERICA	55.171.817	X	X			X	X			X	X			X	X	X						
10	QUESADA RAMIREZ	SHILON	1.077.233.558	X	X			X	X			X	X			X	X							Shilon Quesad
11	MONTENEGRO VARGAS	CAMILA	1.080.296.518	X	X			X	X			X	X			X	X							Camila Montenegro
12	FIERRO	ROMINA	1.082.217.387	X	X	X			X	X			X	X			X	X						Romina Fierro
13	DIAZ	GABRIELA	1.082.217.025	X	X			X					X	X		X	X	X						
14	UMAÑA	KELLY JOHANNA	1.075.274.423	X	X			X	X				X			X	X	X						
15	MOJICA GONZALEZ	MARTHA AZUCENA	55.708.261	X				X								X	X	X						

Inderhuila	PROCESO FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 3 CÓDIGO: FD-FR-089
	FORMATO Ficha de Seguimiento a Grupos Regulares y No Regulares de Actividad Física	Fecha: 19/07/2021

NOMBRE DEL MONITOR O PROMOTOR DE HEVS O VAS:	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO	**NOMBRE DEL GRUPO REGULAR O NO REGULAR:**	HEVS BETANIA	**SEMANA EPIDEMIOLÓGICA**			
				DESDE:	9	HASTA:	12
DEPARTAMENTO:	HUILA	**MUNICIPIO:**	YAGUARA	**COMUNA, LOCALIDAD O VEREDA:**			

				9				10				11				12								
16	OBANDO AMADO	MARIA MERCEDES	1.080.290.231	X	X			X	X							X	X							
17	GASCA	DANA LILIANA	1.075.270.479	X				X	X				X					X						Dana liliana G
18	BERMUDEZ	SOLANY	1.080.185.260		X	X			X	X		X	X			X	X							Solany Bermdez
19	CORONADO	ERIKA ALEJANDRA	1.075.251.730	X	X			X	X			X	X			X	X							
20	ANDRADE	CAROLINA	1.075.262.700	X	X			X	X				X	X			X	X						Carolina Andrade
21	PINZON SAAVEDRA	LEIDY	1.082.214.450	X		X			X	X			X	X		X	X							Leidy Pinzon
22	ALARCON	LUISA FERNANDA	1.082.214.601	X					X	X		X				X		X						
23	GASPAR	LEYDI	1.080.293.758		X	X		X	X			X	X											
24	MARTINEZ ARIAS	CAROLINA	55.188.557	X		X			X	X			X	X		X	X							
25	BERMEO	MARIA FERNANDA	1.029.883.799	X	X			X	X			X	X			X	X							
26	ANDRADE	KAROLL NICOLE	10.777.232.009	X	X			X	X			X	X				X							
27	CORONADO	MARIA GISELLE	1.075.793.252	X	X			X	X			X	X			X	X							Mara Coronado
28	ROJAS GASCA	JUAN JOSE	1.082.217.017	X		X			X	X		X	X				X	X						
29	GARCIA GASCA	MARIA PAULA	26.512.542	X	X			X	X			X	X			X	X							
30	CUELLAR	ANGELA PATRICIA	1.076.300.416	X	X			X	X			X				X	X							Angela Cuellar
31	MALLUNGO	MARIA GUADALUPE	1.080.296.519		X	X			X	X			X	X			X	X						Maria mallungo
32	VARGAS	LILIANA	1.082.216.265	X		X		X	X			X	X			X	X							liliana Vargas
33	RICO PERDOMO	KELY JOHANA	1.075.268.065		X			X	X			X	X			X	X							
34	VARGAS	NATALIA	26.425.609	X	X			X	X			X	X			X	X							Natalia Vargas
35	FIERRO PERDOMO	NOHORA ISABEL	1.029.888.151		X	X		X	X			X		X		X	X							NOHORA ISABEL

Inderhuila	PROCESO FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 4
		CÓDIGO: FD-FR-089
	FORMATO Ficha de Seguimiento a Grupos Regulares y No Regulares de Actividad Física	Fecha: 18/07/2023

NOMBRE DEL MONITOR O PROMOTOR DE HEVS O VAS:	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO	**NOMBRE DEL GRUPO REGULAR O NO REGULAR:**	HEVS ADULTO MAYOR	**SEMANA EPIDEMIOLÓGICA**			
				DESDE:	7	**HASTA:**	12
DEPARTAMENTO:	HUILA	**MUNICIPIO:**	YAGUARÁ	**COMUNA, LOCALIDAD O VEREDA:**			

				9				10				11				12								
1	PEÑA BUSTAMANTE	ADELA	26.606.064	X				X				X				X								
2	TUMBO MONJE	ALIRIO	82.237.014	X				X				X				X								
3	TRUJILLO	AMIRA	26.606.205	X				X				X				X								
4	PARRA TOVAR	ANGEL MARIA	12.100.928	X				X				X				X								
5	VARGAS SANCHEZ	ANICETO	4.951.328	X				X				X				X								
6	TAMAYO	ARGEMIRO	18.910.594	X				X				X				X								
7	ESCOBAR	ASCENED	26.606.042	X				X				X				X								
8	PERDOMO CUEVAS	BENILDA	26.606.157	X				X				X				X								
9	ALVAREZ	BERTILDA	26.605.994	X				X				X				X								
10	TAMAYO CUENCA	CARMEN FLOR	26.606.044	X				X				X				X								
11	GARCIA CHILA	CAYETANO	1.639.260	X				X				X				X								
12	CORTES CUELLAR	CIELO	26.606.836	X				X				X				X								
13	CUMBE	CLAUDINA	26.591.450	X				X				X				X								
14	ROJAS LEIVA	ELIASAR	4.946.641	X				X				X				X								
15	MONJE PERDOMO	ELIECER	6.495.030	X				X				X				X								

Inderhuila	**PROCESO** FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	**Versión:** 3
		CÓDIGO: FD-FR-089
	FORMATO Ficha de Seguimiento a Grupos Regulares y No Regulares de Actividad Física	**Fecha:** 19/07/2021

NOMBRE DEL MONITOR O PROMOTOR DE HEVS O VAS:	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO	**NOMBRE DEL GRUPO REGULAR O NO REGULAR:**	HEVS ADULTO MAYOR	**SEMANA EPIDEMIOLÓGICA**			
				DESDE:		**HASTA:**	
DEPARTAMENTO:	HUILA	**MUNICIPIO:**	YAGUARA	**COMUNA, LOCALIDAD O VEREDA:**			

16	CHAMBO	ELVIA MARIA	26.514.599	X				X				X				X								
17	TOVAR PERDOMO	FRANSCISCO	4.951.358	X				X				X				X								
18	PERDOMO LOSADA	GABRIEL ANGEL	1.668.406	X				X				X				X								
19	CAMACHO ROJAS	GABRIEL ANGEL	12.186.152	X				X				X				X								
20	RODRIGUEZ YUSTREZ	GABRIEL ANGEL	4.951.916	X				X				X				X								
21	CERQUERA	GILBERTO	4.951.771	X				X				X				X								
22	DUSSAN CORDOBA	GUSTAVO	4.951.771	X				X				X				X								
23	PARRA TOVAR	ISAIAS	4.951.341	X				X				X				X								
24	CARDENAS	JORGE ALBERTO	83.237.311	X				X				X				X								
25	FIERRO PERDOMO	JOSE RAFAEL	4.951.214	X				X				X				X								
26	SOLORZANO	LUIS ELIECER	93.150.098	X				X				X				X								
27	TRUJILLO MARTINEZ	LUCIO	4.951.545	X				X				X				X								
28	VARGAS CANIZALES	LUIS EDUARDO	4.951.796	X				X				X				X								
29	CARDENAS CUENCA	LUIS ERNESTO	14.974.575	X				X				X				X								
30	CAMACHO ROJAS	LUIS HUMBERTO	12.466.771	X				X				X				X								
31																								
32																								
33																								
34																								
35																								

Inderhuila

PROCESO DE FOMENTO AL DESARROLLO SOCIAL

PLANILLA DE ASISTENCIA

CÓDIGO: DIH-FDS-F01
VIGENCIA: 4/03/2025
VERSIÓN: 2

7/03/2026	7/03/2026	TERUEL	ESE SAN ROQUE
11.00 AM	12:00.M	OLGA TRUJILLO	PAULO ACTIVO

1	Laura Daniela Toscano	1004494129	25	3152572875	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	Laura Toscano.
2	Karen Natalia Laguna	1009278579	24	3212682786	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	
3	Laura Camacho	1084925693	27	3228391779	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	Laura Camacho
4	Cecilia Fda Casas D.	1084924030	33	3204033158	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	
5	Catherine polo	1084924420	32	3206950236	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	Catherine polo
6	Maria E Silva Zpre	26613122	45	3143972421	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	
7	Angela Mª Mantilla T.	26593390	47	3114520815	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	
8	Leidy Tatiana Bancayo	1084925120	29	3214083391	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	
9	Yuli Fernanda Herrera	1085948255	27	3216237231	F.	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	Yuli Herrera.
10	Lisa Marcela otálora Castillo	1075295306	29	3146230824	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	
11	Miriam Yolima Pérez	26593 157	51	3143431039	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	Yolima Perez
12	Laura Montealegre	1084924634	32	3115421033	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	Laura M².
13	NORMA CONSTANZA TRUJILLO	26593248.	49	3228493306	F.	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	
14	Elva Clara Montealegre	26593797	42	3125466766	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	Clara M²
15	Yuli Costanza Pastrana	1030565996	36	3248960998	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	
16	Derly Perdomo Z	1004494193	26	3143196533	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	DERLY PERDOMO
17	Yonaira Andrade L.	26593901	41	3224040134	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	Yonaira Andrade L
18	Modesta Hernandez H	366139	66	3143323045	X	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	Modesta Hernandez
19	Celia Rosero	1004413967	23	3143846388	a	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	Celia Rosero
20	Kelly Katherine Cerquera	1084924092	33	3105348145	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	KATHERINE C.

Oscar Ivan Trujillo Campo

1032215368

De conformidad con la política de protección de datos personales publicada en la página www.inderhuila.gov.co , se informa a los firmantes de este listado de asistencia que sus datos personales serán tratados de manera confidencial y utilizados únicamente para fines estadísticos, control y registro de asistencia.

inderhuila

PROCESO DE FOMENTO AL DESARROLLO SOCIAL

PLANILLA DE ASISTENCIA

CÓDIGO: DIH-FDS-F01
VIGENCIA: 4/03/2025
VERSIÓN: 2

12/03/2026
10:00 AM
12/03/2026
11:00 AM
YAGUARÁ
OSCAR TRUJILLO
ALCALDIA
PAUSA ACTIVA RUMBO AERÓBICO

1	Paula Andrea Ramirez	1082216205	30	3102535072	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	Paula Andrea Ramirez
2	Mayoli Andrea Ramirez Meza	1082216907	27	3232259951	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	
3	Mónica Vargas A.	26.609.430	48	3143923365	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	
4	María M Valderrama	26.607.768	43	31044721[illegible]	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	
5	Karol Tatiana Atuesta T	1082216528	29	3227051772	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	
6	Mayra Alejandra Mejia R.	1082215457	34	3125033576	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	Alejandra Mejia
7	[illegible]	1082214720	38	3175417959	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	
8	[illegible]	40794210	55	310106[illegible]	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	
9	Gina Alvarado	26607895	42	3134915722	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	
10	Marcela Rincón	1.082.158492	30	3138520889	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	Marcela Rincón
11	Karla Leiva.	26607924	41	3173739364	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	
12	Mayra Lucety Salazar	1082215718	32	3184797304	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	
13	Ana G. Hernandez	55160019	56	3114806626	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	
14	Rogelio Polania	1082.215.661	56	3129322007	M.	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	
15	Laura M. Sua B	1014201618	36	3102271042	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	
16	Kayla A. Perdomo C	1075321066	28	3124997001	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	
17	Myria [illegible]	26603137	55	3212282388	F.	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	
18	Leidy Perdomo	26'606901	59.	3173514031.	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	
19	[illegible]	26607789	43	3107598007	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	
20	Ma Camila Rivas	1082215133	35	3208279962	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	

Oscar Ivan Trujillo Ocampo

1082215328

De conformidad con la política de protección de datos personales publicada en la página www.inderhuila.gov.co., se informa a los firmantes de este listado de asistencia que sus datos personales serán tratados de manera confidencial y utilizados únicamente para fines estadísticos, control y registro de asistencia.

Inderhuila

PROCESO DE FOMENTO AL DESARROLLO SOCIAL

PLANILLA DE ASISTENCIA

CÓDIGO: DIH-FDS-F01

VIGENCIA: 4/03/2025

VERSIÓN: 2

	26/03/26		2:30 Pm		1 Charla		Alcaldía
	2:00 Pm		2:30 Pm		Oscar Trujillo		Parq Natura

1	NatalitaVargas T	1082244899	36	3229000803	f	NO	NO	—	NO	NO	NO	
2	Maryi Ceballos Tejeno	1084869151	29	31028[illegible]	F	NO	NO	A/A	NO	NO	NO	
3	Ana Jamir Losada	26.514.975	63	312477384	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
4	Gustavo Moreno L	83245641	55	3202225866	M	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
5	Guillermo [illegible]	85246047	50	3114170095	M	NO	NO	N/A	NO	NO	NO	
6	Erika Pérez G	1084860465	28	3174618324	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Erika Pérez G
7	Natalia Chamba E	1007464014	24	3125286129	M.	No.	NO	NO	NO	NO	NO	Natalia Chamba E
8	Sandy Tierradentro	20515456		3137143728	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
9	Ma Alejandra Gomez	1084868733	31	3108514640	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10	Yeyfredy Angel Ortiz	1084866981	37	3176359137	M	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11	Vilma S. Sánchez	55196285	48	3106[illegible]	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
12	Mauricio Tamayo	1084868558	31	3178554759	M	No	NO	NO	NO	NO	NO	
13	[illegible]	1084866730	19	3114761591	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Diana V.
14	Jhenifer Camila Archury	1004492537	22	3115319819	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
15	Mayreth E Covel Parra	1084287940	31	3013166336	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16	Karol J. Santos Zúñiga	36301182	44	3142624755	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
17	Angela Rivens P.	1084866933	36	3214206475	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
18	Juan Jose Trujillo P	1075274745	20	3134734681	M	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
19	Alejandro Martinez.	79617759.	52	3124541109	M	No.	NO	NO	NO	NO	NO	
20	Angelica Maria Pérez	1084[illegible]	33	3146752049	F	NO	NO	N/A	NO	NO	NO	Angelica M Pérez

Oscar Juan Trujillo [illegible]

1032213327

De conformidad con la política de protección de datos personales publicada en la página www.inderhuila.gov.co., se informa a los firmantes de este listado de asistencia que sus datos personales serán tratados de manera confidencial y utilizados únicamente para fines estadísticos, control y registro de asistencia.

Inderhuila	PROCESO DE FOMENTO AL DESARROLLO SOCIAL	CÓDIGO: DIH-FDS-F01
		VIGENCIA: 4/03/2025
	PLANILLA DE ASISTENCIA	VERSIÓN: 2

27/03/26	27/03/2026	Yaguará	Casa de la Cultura
2:00 Pm	2:30 Pm	Oscar Trujillo	Parque central

1	Steffany Gutierrez Tovar	1082216391	30	3132978720	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2	Maria del socorro Q	26607484	47	3214689994	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ma del socorro Q
3	Paola Andrea Trujillo	1082214809	37	3144403839	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Paola A Trujillo
4	Astrid Hernandez	26607378	50	3208180216	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Astrid Hernandez
5	Maria del Pilar Murcia	36342586	41	3102142641	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
6	Erica Yulieth Trujillo C.	1082216536	29	3166289576	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Erica Trujillo
7	Libia Andrea Cuello Tovar	1065815394	30	3113237328	F	NO	Si	Si	NO	NO	NO	
8	Ferdy Y. Uribe P	1082217013	28	3148573202	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ferdy Uribe
9	Nohemi Perez	51820572	60	3022142378	F	NO	Si	—	NO	NO	NO	
10	Maria Elena Mejia R	26606973	56	3143903186	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Mª Elena
11	Kelly Yohana Valderrama	1082216225	30	3104491029	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Kelly Yohana Valderrama
12	Ruth Damaris Molano	26607141	55	3125654111	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ruth Damaris Molano
13	Mayoli Andrea Ramirez P	1082216907	23	3232259951	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
14	Paula Andrea Ramirez Q.	1082216205	30	3102535072	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Paula A. Ramirez
15												
16												
17												
18												
19												
20												

Oscar Ivan Trujillo Ocampo

1082215328

De conformidad con la política de protección de datos personales publicada en la página www.inderhuila.gov.co., se informa a los firmantes de este listado de asistencia que sus datos personales serán tratados de manera confidencial y utilizados únicamente para fines estadísticos, control y registro de asistencia.

INDERHUILA	**SISTEMA DE GESTION: MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN - MIPG**	**Código: DIH-CFDS-P04-F01**
Fecha Aprobación: 25/07/2023	**CONSEJERÍA A HOGARES - CONSENTIMIENTO INFORMADO**	**Versión: 1** **Página 1 de 2**

Fecha: 26/03/2026 **Municipio:** Yaguará

El Programa Huila Activo y saludable del INDERHUILA, está implementando una iniciativa denominada **Consejería a Hogares**, que busca por medio de una metodología de intervención directa en el hogar, fomentar la práctica regular de actividad física, la alimentación saludable y la protección de espacios 100% libres de humo de tabaco; involucrando a los usuarios en la toma de decisiones necesarias para el proceso de cambios comportamentales que favorezcan una mejor salud, bienestar y calidad de vida.

Esta iniciativa será desarrollada por los monitores del programa en 2 momentos: **en el primer momento** se firma el consentimiento informado, se diligencia el formato de asistencia, se desarrollará proyección de las recomendaciones de Hábitos y Estilos de Vida Saludable, especificando el estado de salud, se realizaran unas mediciones en cuanto a peso, talla y perímetro abdominal; posteriormente, con base a los resultados de la evaluación se establecerán unas metas dando recomendaciones a los participantes de esta actividad; **en el segundo momento** se desarrollará una visita en donde se hará intervención directa en actividad física con diseño e implementos del hogar, se evaluará y se dejará material de apoyo diseñado por el programa.

El hogar donde usted vive fue seleccionado para participar en esta iniciativa, si usted o alguno de los integrantes del hogar participante quiere hacer un comentario o pregunta puede contactar a Carlos Eduardo Espitia Peraza al teléfono 3214493693, o nos puede escribir al correo electrónico eduardo.espitia.huilahevs@gmail.com.

En el caso de aceptar que el hogar participe en esta iniciativa, le solicitamos marcar con una equis (X) a continuación:

SI ___ Aceptamos participar en la iniciativa Consejería a Hogares liderada por el Programa HUILA ACTIVO Y SALUDABLE.

SI ___ Asumimos todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, entre otras. Por lo anterior, eximo al INDERHUILA y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.

SI ___ Autorizo al INDERHUILA y sus contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información en cumplimiento de las disposiciones contenidas en la ley 1266 de 2008, Ley 1273 de 2009, Ley 1581 de 2012 y demás normas que las complementan constituyen o modifiquen.

SI ___ Autorizo a tomar registros fílmicos y/o fotográficos a través de los contratistas del INDERHUILA el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentación, institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses, y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte estoy contribuyendo a la difusión de la información del departamento y la incidencia de los planes, programas, y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

De igual forma los invitamos para que participen activamente en todas las oportunidades que ofrece el programa Huila Activo Y Saludable para la práctica de actividad física en el municipio.

Nombres y Apellidos (persona mayor de edad encargada de liderar la iniciativa en el hogar)	Luisa Fernanda Perdomo
No Cédula de Ciudadanía	26 607 417
Firma	
Dirección del Hogar	Calle 5B # 12-51

Nombres y numero de documento de los integrantes del hogar y participantes de la estrategia	1. Luisa Fernanda Palomo C.C. x T.I. __ 26 601 417 Número de teléfono: 320 345 7978 Correo electrónico: — • — 2. Luisa Maria Jovel Palomo C.C. x T.I. __ 1004305226 Número de teléfono: 310669 9925 Correo electrónico: — • — 3. Nicolas Garcia Jovel C.C. __ T.I. x 1082217547 Número de teléfono: — • — Correo electrónico: — • — 4. C.C. __ T.I. __ Número de teléfono: Correo electrónico: 5. C.C. __ T.I. __ Número de teléfono: Correo electrónico: 6. C.C. __ T.I. __ Número de teléfono: Correo electrónico:
Nombre Grupo Regular o Grupo no Regular al que asisten en el hogar	
Oscari-27@hotmail.com	Oscar Ivan Trujillo Ocampo

Inderhuila	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 2
		CÓDIGO: FD-FR-097
	FORMATO: Acta de reunión HEVS	

FECHA	[illegible] 03/03/26	HORA INICIO	10:30 AM	HORA DE FINALIZACIÓN	11:00 AM	DURACIÓN EN HORAS	1/2 hora
LUGAR DE LA REUNIÓN	Hospital San Antonio de Garzón	DEPARTAMENTO O MUNICIPIO	Huila			MUNICIPIO	Yaguará
NOMBRE DEL GESTOR, FACILITADOR HEVS, ARTICULADOR HEVS-	Oscar Ivan Trujillo Ocampo					ROL CONTRACTUAL	monitor Departamental

Realizar una alianza para actividades relacionadas con actividad Física en el municipio de Yaguará.

Se hizo el acercamiento con la jefe del (PIC) Plan de intervenciones colectivas, socializando el evento de la mujer, que será running y se finalizará con rumba aeróbica, también explicando la manera de realizar tamizajes a los grupos regulares del municipio.

realizar Tamizajes al grupo regular del parque principal y al grupo de yaguará runners.	Sandra Milena	Caborzo A 07/03/2026

el PIC, se compromete con ayudar a los tamizajes de los grupos regulares y en brindar apoyo con toma de tensión arterial el día del evento mes de la mujer running y rumba que se llevará en el municipio.

Inderhuila	SISTEMA DE GESTIÓN: MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN-MIPG	CÓDIGO: DIH-FDS-F01
	PROCESO DE FOMENTO AL DESARROLLO SOCIAL	VIGENCIA: 4/03/2025
	PLANILLA DE ASISTENCIA	VERSIÓN: 2

Fecha inicio de la actividad:	03/03/2026	Fecha de finalización de la actividad:	03/03/2026	Municipio:	YAGUARÁ	Lugar de desarrollo de la actividad:	ESE LAURA PERDOMO	Zona Rural:______ Zona Urbana:______
Hora de inicio:	10:30 AM	Hora de finalización:	11:00 AM	Nombre del responsable:	OSCAR TRUJILLO	Actividad	Reunion intersectorial	

Nº	NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	EDAD	TELÉFONO	SEXO	PERSONAS CON DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	VICTIMA DE VIOLENCIA Y CONFLICTO ARMADO (Marque "SI" o "NO")	CAMPESINO (Marque "SI" o "NO")	CIUDADANO EXTRAJERO (Marque "SI" o "NO")	LGBTIQ (Marque "SI" o "NO")	FIRMA
1	Sandra Mled Cabauzo A	26600371	50	3202331559	F							
2	Oscar Ivan Trujillo	1082215328	34	3204415081	M							
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

Oscar Ivan Trujillo [illegible]

[illegible]

C.C. 1082215328

De conformidad con la política de protección de datos personales publicada en la pagina www.inderhuila.gov.co., se informa a los firmantes de este listado de asistencia que sus datos personales serán tratados de manera confidencial y utilizados únicamente para fines estadísticos, control y registro de asistencia.

Inderhuila	SISTEMA DE GESTIÓN: MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN-MIPG	CÓDIGO: DH-FDS-F01
	PROCESO DE FOMENTO AL DESARROLLO SOCIAL	VIGENCIA: 4/03/2025
	PLANILLA DE ASISTENCIA	VERSIÓN: 2

Fecha inicio de la actividad:	27/03/26	Fecha de finalización de la actividad:	27/03/26	Municipio:	Yaguará	Lugar de desarrollo de la actividad:	Villa Rica	Zona Rural: ____ Zona Urbana: ____
Hora de inicio:	3:00 P	[illegible]	7:00 Pm	Nombre del responsable:	César Trujillo	[illegible]	Casa de la mujer	

N°	NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	EDAD	TELÉFONO	SEXO	PERSONAS CON DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	VÍCTIMA DE VIOLENCIA Y CONFLICTO ARMADO	CAMPESINO	CIUDADANO EXTRANJERO	[illegible]	FIRMA
1	Michel Payara Cuervo	1082214497	18	3150812897	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Michel Payara C.
2	Jose Angel [illegible] Vargas	1082215844	32	3192670072	M	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jose Angel A. V.
3	Santiago Acevedo Cuellar	1004305086	24	3127765585	M	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Santiago Acevedo C.
4	Wilmer Medina Andrade	83.238.124	41	3103400802	M	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
5	Sandra Milena [illegible]	26.601.160	48	3138816409	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
6	[illegible] Ortiz Perdomo	26.607.316	44	3207400658	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
7	Mª Camila Collazos M	1.082.216.039	32	3153963094	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
8	Vera Fanny Quintero	26607789	43	3107595007	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
9	Nancy Gómez Rico	26.607.421	48	3166686723	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10	Mª Alejandra Mejía R.	1082215452	34	3125033576	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11	Jeffer L. Cabrera R.	1.082.216.043	32	3102448244	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
12	[illegible]	26607097	56	3143743477	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
13	Yessica Ocampo	1082215762	32	3205597688	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
14	[illegible]	26607936	42	3201101873	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
15	Luis Fernando Vargas	1082214724.	39	3134130329	M.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16	Mayori Andrea Ramirez M	1032216907	27	3232591951	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
17	Paula Andrea Ramirez	1082216205	30	3102535072	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Paula Andrea Ramirez
18												
19												
20												

Oscar Iván Trujillo Ocampo

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE

C.C. 1083215318

De conformidad con la política de protección de datos personales publicada en la pagina www.inderhuila.gov.co., se informa a los firmantes de este listado de asistencia que sus datos personales serán tratados de manera confidencial y utilizados únicamente para fines estadísticos, control y registro de asistencia.

inderhuila	SISTEMA DE GESTIÓN: MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN-MIPG	CÓDIGO: DIH-FDS-F01
	PROCESO DE FOMENTO AL DESARROLLO SOCIAL	VIGENCIA: 4/03/2025
	PLANILLA DE ASISTENCIA	VERSIÓN: 2

Fecha inicio de la actividad:	27/03/026	[illegible]	27 03/26	Municipio:	Yaguara	[illegible]	villa lucia	Zona Rural: ___ Zona Urbana: ___
Hora de inicio:	5:00 Pm	[illegible]	7:00 Pm	Nombre del Responsable:	Oscar Trujillo	[illegible]	Cancha de barrio	

N°	NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	EDAD	TELÉFONO	SEXO	PERSONAS CON DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	VICTIMA DE VIOLENCIA Y CONFLICTO ARMADO	CAMPESINO	CIUDADANO EXTRANJERO	[illegible]	FIRMA
1	Maria lorena Salazar	1092215718	32	3184763509	F	No						
2	Karol Tatiana Alvarito	1082216276	29	3122751772	F	No						K
3	Mana M. Valderrama	26.607.768	43	3104477140	F	No						
4	Karla V. Lopez	26607924	41	3173739364	F	No						
5	Alfonso Lopez	1082215400	34	3142127556	M	No						
6	Ana Elvis Hernandez	55150019	56	3114806625	F	No						
7	Gina lilliana Perdomo	26607834	44	3245111165	F	No						
8	Fabiola Erazo L	26607409	51	3142931090	F	No						Fabiola Erazo
9	Carlos Andres Araujo	1082216099	39	3204217645	M	No						Carlos
10	Elvina Dorancelis	26607825	43	3213090909	F	No						Elvina Dorancelis
11	Yurith España Pardo	1082214344	39	3164191076	F	No						Yurith España P
12	Yessica f. Meneses A	1082215447	35	3108091623	f	No						
13	John Wilson Fajardo	83.238.1029	41	3227692273	M							
14	Carlos Andres Trujillo	83.237.904	42	3113151806	M							CarlosA Trujillo
15	William Buendia Cu	83237800	46	3137804442	M							
16	Ernesto Fajardo A	83237722	48	3204809238	M							
17	William Trujillo	1075609305	22	3155192595	M							William trujillo
18	Javier Trujillo	83235300	62	3313307791	M							
19	Wilson e conviedes	83.237.813	4	3115358223	M							
20	Hugo Edwardo Lian	1082216474	71	3902397147	M							

De conformidad con la política de protección de datos personales publicada en la página www.inderhuila.gov.co., se informa a los firmantes de este listado de asistencia que sus datos personales serán tratados de manera confidencial y utilizados únicamente para fines estadísticos, control y registro de asistencia.

Inderhuila

PROCESO DE FOMENTO AL DESARROLLO SOCIAL

PLANILLA DE ASISTENCIA

CÓDIGO: DIH-FDS-F01
VIGENCIA: 4/03/2025
VERSIÓN: 2

21/03/2025	27/03/2025	Yaguará	vik. Pava
5:00 pm	7:00 pm	Vicen Trujillo	[illegible] de la Mujer

1	Valentina Cuevas	1082217179	26	3175493299	F						
2	Luis Fernando Vargas	1082214204	34	3154130529	M						
3	Luisa Fernanda Medina	26607976	42	3204018774	F						
4	Marcela Ricardo	26606519	73	-	F						
5	Esperanza Quimbayo C	1082214383	34	3208545802	F						Esperanza QC
6	Paula Andrea O.	1004305192	24	3105466250	F						Paula oscrio
7	Isabel Martinez D	26607452	51	3226031715	F						
8	Luisa Alvarez	1007936147	25	3218062033	F						Luisa Alvarez
9	Ana Maria Castañeda	1192772992	28	3222890676	F						Ana Castañeda
10	Claudia Rocio Villegas S	1082214712	27	3213826707	F						Claudia Villegas S
11	vilma Isabel Ipia M	26607429	50	3125968043	F						vilma Isabel
12	Daniela Polania	1082216752	28	3202506951	F						Daniela Polania P.
13	Vanessa Triana	1075284631	31	3118516486	F						Vanessa Triana
14	Ana Maria Jovel C	1082216316	30	3118739112	F						Ana Maria Jovel C
15											
16											
17											
18											
19											
20											

De conformidad con la política de protección de datos personales publicada en la página www.inderhuila.gov.co., se informa a los firmantes de este listado de asistencia que sus datos personales serán tratados de manera confidencial y utilizados únicamente para fines estadísticos, control y registro de asistencia.

HUILA
Activo y Saludable

IQUIRA FIT

Lunes, Miércoles y
Jueves 4:30 p.m

Monitor Oscar Iván Trujillo

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 4
		CÓDIGO: FO-FR-064
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	IQUIRA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	[illegible]
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Dilia Ceguera G	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	20/10/83
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	16515907	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD		Colombiana	
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EMPRESA	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Tecnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR		3124417714	
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 5 # 11-01	ZONA		urbana	
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	los Pitufos	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— o —	TELÉFONO DEL ACUDIENTE		— o —	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Aldemar Gongora	TELÉFONO CELULAR	3133396465	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
												1	1					2

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO

3.2 ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	SI
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	0
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fume en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguno
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	63	TALLA	1.53	IMC		CLASIFICACIÓN		PERÍMETRO DE CINTURA	86	CLASIFICACIÓN	Riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19 entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promocionar e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

Dilia Ceguera Gongora				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Dilia Cegura	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	16 515907	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

①

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 8
		CÓDIGO:
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		FD-FR-054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	8/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL
NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO	NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.328	NOMBRE DEL GRUPO	IQUIRA FIT	TIPO DE GRUPO	REGULAR
COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD		DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE	URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Beatriz Perdomo	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenina	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual
FECHA DE NACIMIENTO	08/08/57	TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NUMERO DE DOCUMENTO	26 514 808	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia
NACIONALIDAD	Colombiana	DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno
TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Contributivo	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS	SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Técnico
ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	313 418 7112	TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— - —
DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 13 # 4-28	ZONA	Urbana	COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Centro	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular
NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— o —	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— - —	EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Isaias Diaz	TELÉFONO CELULAR	3138546344
MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22		

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
									/			/	/					2

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	SI
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asiste al grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	0
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?.	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es:	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguno
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	9

PESO	68.2	TALLA	1.53	IMC		CLASIFICACIÓN		PERÍMETRO DE CINTURA	86	CLASIFICACIÓN	Riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a los anteriores y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de las 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.	X

Beatriz Perdomo				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Beatriz Perdomo	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	26 514 808	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 5
		CÓDIGO: FD-FR-054
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	9/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.328	NOMBRE DEL GRUPO	IQUIRA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	[illegible]
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Sandra Gongora	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	19/02/75
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	26 515 685	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del Hogar	NIVEL EDUCATIVO	Técnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	311 571 3642
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Carrera 1 # 3-41			ZONA	Urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Maria Auxiliadora	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— o —			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Ibarda Dussan	TELÉFONO CELULAR	3103003770	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	3

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	2
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	10

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	[illegible] 4.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	0
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de esos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguno
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	9

PESO	59.3	TALLA	1.52	IMC	1.52	CLASIFICACIÓN		PERÍMETRO DE CINTURA	95	CLASIFICACIÓN	Riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, exonero al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones promocionales institucionales y material audiovisual, además de, las 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 planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.	X

Sandra Gongora				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Sandra Gongora	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	26 515 685	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
		CÓDIGO: FD-FR-054
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	9/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.329	NOMBRE DEL GRUPO	IQUIRA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	[illegible]
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FAME PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Shily abella	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	01/04/79
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	26573475	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Trabajar	NIVEL EDUCATIVO	Técnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	310 266 0440
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 6A # 10-02			ZONA	Urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	las Colinas	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— o —			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Oscar Cuvicedes	TELÉFONO CELULAR	3233562930	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifonéo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	SI	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
									/			/	✓					3

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	SI
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al Grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderado

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	0
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez esta lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?.	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguna
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	9

PESO	68.3	TALLA	157	IMC		CLASIFICACIÓN		PERÍMETRO DE CINTURA	91	CLASIFICACIÓN	Riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, el ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

Shirly Abella C				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Shirly abella	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	26573475	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.329

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FO-FR-054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	8/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 682.215 328	NOMBRE DEL GRUPO	IQUIRA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANS PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	

NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	[illegible]

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Mirian Cedeño	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	11/02/78
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	26427856	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia		NACIONALIDAD	Colombiana	
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Técnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2		TELÉFONO CELULAR	3133608132	
TELÉFONO FIJO	— —	CORREO ELECTRÓNICO	— — —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 18 # 3-14		ZONA	Urbana	
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Los Pitufos	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— — —		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— — —	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Yesid Cutillo	TELÉFONO CELULAR	3133608152	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
									2			1	1					4

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	SI
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	Con el grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A qué intensidad realiza la actividad física?	moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que puede empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguna
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	9

PESO	83	TALLA	1.62	IMC		CLASIFICACIÓN		PERÍMETRO DE CINTURA	75	CLASIFICACIÓN	Riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y de su ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

Miriam Cedeño				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Miriam Cedeño	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	26427856	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.682.215.328

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 5
		CÓDIGO:
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		FD-FR-054
		Fecha: 16/07/2025

FECHA DE INSCRIPCIÓN	8/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.328	NOMBRE DEL GRUPO	IQUIRA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	[illegible]
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Sara Sofía Pedomo	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino		ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO: 04/07/2015
TIPO DE DOCUMENTO	T.I	NÚMERO DE DOCUMENTO	1076917137	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia		NACIONALIDAD	Colombiana	
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Estudiar	NIVEL EDUCATIVO	Secundaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2		TELÉFONO CELULAR	— - —	
TELÉFONO FIJO	— - —	CORREO ELECTRÓNICO	— - —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cerca 1 # 3-41		ZONA	Urbana	
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	María Auxiliadora	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	Sandra Gongora		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	3115913642	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Sandra Gongora	TELÉFONO CELULAR	3115918642	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	SI	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
				1								1	1					3

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?		4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?		5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO	
6. ¿A que intensidad realizó la actividad física?		1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?		3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?		2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?		3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	

3.6. 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)?		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?.		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	
4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?		5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?		6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?		8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?		9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	
10. Diría que su estado de salud es					

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios uno a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?		2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?		3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	

PESO	26	TALLA	1.12	IMC		CLASIFICACIÓN		PERÍMETRO DE CINTURA	58	CLASIFICACIÓN: Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	X	
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	λ	
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	ʌ	

Sandra Gongora				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Sandra Gongora	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	26609591	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

indeportes huila	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
		CÓDIGO: FD-FR-054
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha: 16/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	9/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082 215 338	NOMBRE DEL GRUPO	IQUIRA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	[illegible]
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Juan manuel Gurgan	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	14/01/2023
TIPO DE DOCUMENTO	T.I	NÚMERO DE DOCUMENTO	1004492538	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Estudiar	NIVEL EDUCATIVO	Secundaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3124419714
TELÉFONO FIJO	— - —	CORREO ELECTRÓNICO	— - —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 5 # 1 - 01			ZONA	Urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	los Pitufos	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	Dilia Cerquera			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	3124419714
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Dilia Cerquera	TELÉFONO CELULAR	3124419714	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Periféricos	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	SI	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	2
						✓						✓	✓					

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?		4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?		5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?									

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?		3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?		2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fuma en su presencia?		3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	

3.6. 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)?		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?.		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que puede empeorarse con la actividad física?	
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?		5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?		6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?		8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?		9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	
10. O de que su estado de salud es					

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?		2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?		3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	

PESO	52	TALLA	152	IMC		CLASIFICACIÓN		PERÍMETRO DE CINTURA	61	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.

AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.

Juan Manuel Gurgan		Oscar Ivan Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO: Juan manuel Burgan	NOMBRE COMPLETO:	NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO: 1004 442 538	NÚMERO DE DOCUMENTO:	NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.082 215 338

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
			CÓDIGO:
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		FO-FR-054
			Fecha: 18/07/2020

FECHA DE INSCRIPCIÓN	09/01/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 325	NOMBRE DEL GRUPO	IQUIRA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	[illegible]
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANPAGE, FACEBOOK O WHATSAPP)			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Julieta Gongora	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	27/01/99
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1084864905	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia		NACIONALIDAD	Colombiana	
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EMPRESA	Comfamiliar
SITUACIÓN LABORAL	Estudiante	NIVEL EDUCATIVO	Técnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2		TELÉFONO CELULAR	312 441 9714	
TELÉFONO FIJO	— —	CORREO ELECTRÓNICO	— —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 5 # 11-01		ZONA	Urbana	
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Los Pitufos	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— —		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— —	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Delia Gongora	TELÉFONO CELULAR	3124419714	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Sí	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
									1			1	1					2

2.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En cada día, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	No

2.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Sí
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	Asiste al grupo N.°
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

2.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

6. ¿A qué intensidad realizo la actividad física?	Moderada

2.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado (diariamente)?	2

2.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

2.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fuma en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió ya promedio en la noche?	7

2.6. 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)?	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?	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como, dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los días últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SÍ, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es:	Bueno

2.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguna
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera identificada en pregunta anterior)?	10

PESO	60	TALLA	157	IMC	24,3	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	60	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, exonero al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual además de las necesidades, intereses y expectativas de las comunidades respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo a 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.	X

Julieta Gongora				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Julieta Gongora	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1084864905	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 325

	PROCESO FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5
		CÓDIGO
	FORMATO FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	FD-FR-054
		Fecha 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	9/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082 215.326	NOMBRE DEL GRUPO	IQUIRA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	[illegible]
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Maria Ruiz	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	21/08/72
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	26.315 502	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana		
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Tecnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	321203 3376		
TELÉFONO FIJO	— — —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Carrera 6 # 1-51	ZONA	Urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Los Zamones	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— o —	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Shiley Abella	TELÉFONO CELULAR	3102660440	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Telefono	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	2
												/	/					

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE						**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**					
1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	Asistir al Grupo A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—								
3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		**3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO**		**3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL**					**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**		
6. ¿A qué intensidad realiza la actividad física?	moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez esta lista para consumir y antes de probarla?	No	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	No										
3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**									
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO										
3.6. MORBILIDAD REPORTADA						**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**					
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	No	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	No	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguno	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10										
	PESO	53	TALLA	1.61	IMC	20.4	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	66	CLASIFICACIÓN Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	x
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, al Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	x
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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 medición de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.	x

Maria Ancla Ruiz				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Maria Adela Ruiz	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	26 315 502	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.326

mindeporte	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
			CÓDIGO:
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCION Y REGISTRO DE USUARIOS		FD-PR-054
			Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	9/03/2020	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.328	NOMBRE DEL GRUPO	IQUIRA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	[illegible]
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Edna Rocio Tamayo	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	16/12/73
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1084868452	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Trabajando	NIVEL EDUCATIVO	Técnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	321 845 5864
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 3 # 1-58			ZONA	Urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Las Colinas	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— o —			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Shirly Abella	TELÉFONO CELULAR	3215845864	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifonéo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	2

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	No
2. ¿Cuántos días a la semana?	—
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	No

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	Nuestro el Grupo AF
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A que intensidad realizó la actividad física?	Moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	No

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	No
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	No
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?.	No
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	No
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	No
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	No
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	No
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	No
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	No
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	Excelente

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguna
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	8

PESO	69	TALLA	160	IMC	26.9	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	76	CLASIFICACIÓN	Riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del progreso 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	✓
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	✓
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover a futuro las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	✓

Edna Rocio Tamayo				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Edna Rocio Tamayo	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1084868452	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
		CÓDIGO: FD-FR-054
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		Fecha: 15/07/2025

FECHA DE INSCRIPCIÓN	9/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.328	NOMBRE DEL GRUPO	IQUIRA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	[illegible]
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANS PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Sally Alejandra Castañeda	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	FEMENINO		ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO 12/02/09
TIPO DE DOCUMENTO	T.I	NÚMERO DE DOCUMENTO	1076303793	PAÍS DE NACIMIENTO	COLOMBIA		NACIONALIDAD	COLOMBIANA	
DISCAPACIDAD	NINGUNA	CONDICIÓN	NINGUNA	GRUPO ÉTNICO	NINGUNO	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	SUBSIDIADO	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	NUEVA EPS
SITUACIÓN LABORAL	Estudiar	NIVEL EDUCATIVO	Secundaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2		TELÉFONO CELULAR	3222679959	
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	— 0 —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 6 # 6-46		ZONA	Urbana	
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Los Pitufos	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	Gilardo Castañeda		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	314353 3177	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Gilardo Castañeda	TELÉFONO CELULAR	314353 3177	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	3
							1					1	1					

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?		4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?		5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?									

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?		3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?		2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?		3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	

3.6. 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)?		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?.		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?		4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?		5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?		7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?		8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?		9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?		10. Diría que su estado de salud es	

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?		2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?		3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	

PESO	48	TALLA	151	IMC	17,5	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	62	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19 entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

Sally Castañeda				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Sally Alejandra Castañeda	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1076303793	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		CÓDIGO: FO-FR-054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	9/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215,378	NOMBRE DEL GRUPO	IQUIRA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	[illegible]
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Nathalia Cedeño	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	23/04/04
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1084868530	PAÍS DE NACIMIENTO	COLOMBIA		NACIONALIDAD	COLOMBIANA	
DISCAPACIDAD	NINGUNA	CONDICIÓN	NINGUNA	GRUPO ÉTNICO	NINGUNO	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	SUBSIDIADO	NOMBRE DE LA EAPB	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Trabajar	NIVEL EDUCATIVO	Profesional	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2		TELÉFONO CELULAR	3112623933	
TELÉFONO FIJO	— • —	CORREO ELECTRÓNICO	— • —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 4 # 8-15		ZONA	urbana	
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Los Pitufos	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— • —		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— • —	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Jairo Cedeño	TELÉFONO CELULAR	313 350 2593	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	SI	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
			1									1	1					3

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted transitó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	No

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	SI
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	Musical Grupo AF
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	2

3.6. 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)?	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?.	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que puede empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	No
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	72	TALLA	1.68	IMC	25.5	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	7.5	CLASIFICACIÓN	Riego

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 usuario/a de ____ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

Nathalia Cedeño				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Nathalia Cedeño	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1084868530	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 378

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FD-FR-054
		Fecha: 10/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	8/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.326	NOMBRE DEL GRUPO	IQUIRA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	[illegible]
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Yesid Castillo Obregon	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino		ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO 09/07/91
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	83245906	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia		NACIONALIDAD	Colombiana	
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Trabajor	NIVEL EDUCATIVO	Tecnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2		TELÉFONO CELULAR	315 360 8132	
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 1 # 8-14		ZONA	Urbana	
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Los Pitufos	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— o —		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Maria Cedeño	TELÉFONO CELULAR	3133608132	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifonco	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	SI	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 59 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
									3									4

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE / **3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	No	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	SI	2. ¿Cuántos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	Cursito al Grupo AF
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—												

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE / **3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO** / **3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL** / **3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumara en su presencia?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO / **3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?.	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	No	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA / **3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	No	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios uno a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguno	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física uno a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10
PESO	68	TALLA	1.68	IMC	24.6	CLASIFICACIÓN	Obesidad I	PERÍMETRO DE CINTURA	72	CLASIFICACIÓN	Riesgo		

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre los mismos.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a los entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

Yesid Castillo O.

Oscar Ivan Trujillo Ocampo

NOMBRE COMPLETO	Yesid Castillo Obregon	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	83245906	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.326

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 8 CÓDIGO: FO-PR-064
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	[illegible]	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.320	NOMBRE DEL GRUPO	IQUIRA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	[illegible]
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Juan David Castillo	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	20/12/97
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	1084861625	PAÍS DE NACIMIENTO	colombia	NACIONALIDAD	Colombiana		
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Trabajar	NIVEL EDUCATIVO	Tecnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	313360 8132		
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 1 # 8-14	ZONA	Urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	los Pitufos	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— o —	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Miriam Cedeño	TELÉFONO CELULAR	313 3608132	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
									2			1	1					4

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE						3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE									
1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	Asistir al grupo AF	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO		3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL						3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO			
6. ¿A qué intensidad realiza la actividad física?	moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	2	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	No	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		3.6. MORBILIDAD REPORTADA											
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?.	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	No	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	No

3.6. MORBILIDAD REPORTADA								3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES					
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	No	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	65	TALLA	1.71	IMC	22.2	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	36	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover o difundir las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

					Oscar Ivan Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO	Juan Castillo	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1084569675	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.320

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 5
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		CÓDIGO: FD-FR-054
			Fecha: 19/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	9/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082 215.328	NOMBRE DEL GRUPO	IQUIRA FIT	TIPO DE GRUPO	REGULAR	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE	URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):		COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	[illegible]

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Darcy Valentina Ulchur	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	23/09/09
TIPO DE DOCUMENTO	T.I	NÚMERO DE DOCUMENTO	108386.218	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Estudiar	NIVEL EDUCATIVO	Secundaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3204854350
TELÉFONO FIJO	— ~ —	CORREO ELECTRÓNICO	— ~ —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 3# 2-26			ZONA	Urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Los Molinos	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	Shully Abella			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	3204854350
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Shully Abella	TELÉFONO CELULAR	3204854350	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	2
							/						/					

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE / **3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?		1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?		4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?		5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		**3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO**		**3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL**						**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**			
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?		1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?		1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?		3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para comerla y antes de probarla?		1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?		2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**											
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?		1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?		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?.		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?		4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?		5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?		6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	

3.6. MORBILIDAD REPORTADA								**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**					
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?		8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?		9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?		10. Diría que su estado de salud es		1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?		2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?		3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	

PESO	51	TALLA	160	IMC	19.9	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	56	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades internas y específicas 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.	X

Darcy Valentina Ulchur				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Darcy Ulchur	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1083 866.218	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082,215,328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5
		CÓDIGO:
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	FD-PR-054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	9/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.328	NOMBRE DEL GRUPO	IQUIRA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANS PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Nubia Stella Gonzalez	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	5/04/74
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NUMERO DE DOCUMENTO	66 914 742	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EMPRESA	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Trabajar	NIVEL EDUCATIVO	Tecnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	320 242 4458
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 4 # 4-58			ZONA	Urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Los Pitufos	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— > —			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— > —
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Jorge Eduardo	TELEFONO CELULAR	3143827008	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifonéo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	SI	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
												1	1					2

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE / **3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	No	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	SI	2. ¿Cuántos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	Clases con grupo A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE / **3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO** / **3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL** / **3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	No	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	No

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO / **3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?.	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO	4. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA / **3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	60	TALLA	1.56	IMC	20.6	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	71	CLASIFICACIÓN	Riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

Nubia Gonzalez				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Nubia Gonzalez	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO	66 914 742	NUMERO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
		CÓDIGO: FD-FR-064
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	9/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	IQUIRA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	[illegible]
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Mara Ofa Amequita	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	08/06/10
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	36163381	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana		
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Trabajar	NIVEL EDUCATIVO	Primaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	323 222 4419		
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 4 # 4-02	ZONA	Urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Centro	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— o —	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	stefany Trujillo	TELÉFONO CELULAR	3214078147	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	1
													1					

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE						3.2 ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE									
1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	No	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	No	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asiste al Grupo A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO		3.4 CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL						3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO			
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿De esos los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez esta lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumo en su presencia?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		3.6 MORBILIDAD REPORTADA											
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?.	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6 MORBILIDAD REPORTADA								3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES					
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, menciona ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	52	TALLA	156	IMC	21.3	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	60	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

Mau Orfa Amequita				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Maria Orfa Amequita	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	36163381	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FD-FR-064
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	[illegible]/09/2024	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.328	NOMBRE DEL GRUPO	IQUIRA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	[illegible]
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Maria jose Cavedez	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	4/12/09
TIPO DE DOCUMENTO	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	10944123046	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	Ninguno	CONDICIÓN	Ninguno	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Estudiar	NIVEL EDUCATIVO	Secundaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3102660430
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Carrera 3 # 3-23			ZONA	Urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Las Colinas	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	Shilly abella			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	3102660430
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Shilly abella	TELÉFONO CELULAR	3102660430	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Periodico	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
							/						/					2

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. en total diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?		1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?		2. ¿Cuantos días a la semana?		3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?		4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?		5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE / 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO / 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL / 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

6. ¿A que intensidad realizó la actividad física?		1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?		1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?		3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?		1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?		2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO / 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?		1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?		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?.		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?		4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?		5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?		6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	

3.6. MORBILIDAD REPORTADA / 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?		8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?		9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?		10. Diría que su estado de salud es		1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios uno a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?		2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?		3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física uno a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	

	PESO	56	TALLA	1.56	IMC	16.6	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	49	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, el ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	λ
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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 trasferencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.	λ

				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Maria Jose Cavidez	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1094 44123046	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
		CÓDIGO:
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	FD-PR-054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	8/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.328	NOMBRE DEL GRUPO	IQUIRA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	[illegible]
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Samuel Trujillo Diaz	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	09/12/11
TIPO DE DOCUMENTO	T.I	NÚMERO DE DOCUMENTO	1084868421	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia		NACIONALIDAD	Colombiana	
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Contributivo	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Tolihuila
SITUACIÓN LABORAL	Estudiar	NIVEL EDUCATIVO	Secundaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2		TELÉFONO CELULAR	3102545752	
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 4 # 5-35		ZONA	Urbana	
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Centro	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	Sorly Diaz		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	3102545752	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Sorly Diaz	TELÉFONO CELULAR	3102545752	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
			1			1						1	1					4

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE						3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE									
1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. monto diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?		1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizo actividad física en su tiempo libre?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad físicas en tiempo libre?		4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?		5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO		3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL						3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO			
6. ¿A que intensidad realizó la actividad física?		1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?		1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?		2. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "porciones" de verduras consumió en el día?		3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?		1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?		2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuantos de estos días hubo alguien en su casa que fume en su presencia?	

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		3.6. MORBILIDAD REPORTADA											
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?		1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?		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?.		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?		4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presion arterial alta?		5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?		6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	

3.6. MORBILIDAD REPORTADA								3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES					
7. ¿Tuvo diagnostico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?		8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?		9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?		10. Diría que su estado de salud es		1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios uno a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?		2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?		3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	

PESO	36	TALLA	120	IMC	19.4	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	60	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre los mismos.	X	
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X	
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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	X	

Sorly Diaz				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Sorly Diaz	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1024840.146	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 4 CÓDIGO: FD-FR-054
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha: 18/03/2020

FECHA DE INSCRIPCIÓN	06/03/2020	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.328	NOMBRE DEL GRUPO	IQUIRA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	[illegible]
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANT PAGE FACEBOOK O WHATSAPP)			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Sely Constanza D	SEXO DE NACIMIENTO	Femenino	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Hetero	FECHA DE NACIMIENTO	20-09-82
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NUMERO DE DOCUMENTO	26515966	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia		NACIONALIDAD	Colombiana	
DISCAPACIDAD	N.A	CONDICIÓN	N.A	GRUPO ÉTNICO	NA.	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	contribut.	NOMBRE DE LA EMPRESA	Femag
SITUACIÓN LABORAL	Trabaja	NIVEL EDUCATIVO	universitario	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2		TELEFONO CELULAR	3138546344	
TELÉFONO FIJO	NA.	CORREO ELECTRONICO	scelydiaz7@gmail.com	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cll 4 #5-31		ZONA	Urbana.	
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	CENTRO	VIA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	—		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Jesus Hernan Trujillo	TELEFONO CELULAR	3102545752	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Sí	DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	2019

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I		4
													X						

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE / **3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	No	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	SI	2. ¿Cuántos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	ASISTIR AL GRUPO D.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	NO

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE / **3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO** / **3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL** / **3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	MODERADA	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	6	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	0	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	2	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumirla y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días había alguien en su casa que fume en su presencia?	0

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO / **3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorar con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	Nº

3.6. MORBILIDAD REPORTADA / **3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Cree que su estado de salud es	EXCELENTE	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	NINGUNA	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	50 Kg	TALLA	1.58	IMC	20.6	CLASIFICACIÓN	normal	PERÍMETRO DE CINTURA	69	CLASIFICACIÓN	NORMAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los 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 prácticas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas de cualquier responsabilidad sobre los mismos.

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas asociados, utilizar y usar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.

AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para [illegible] las problemáticas, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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 evidencia de los planes, programas y proyectos en actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.

Sely		HG		Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Sely Constanza Diaz	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO	26515966	NUMERO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
		CÓDIGO:
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	FD-FR-[illegible]
		Fecha: [illegible]

FECHA DE INSCRIPCIÓN	[illegible]	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	[illegible]	NOMBRE DEL GRUPO	IQUIRA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	[illegible]
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	MATEO TRUJILLO	SEXO DE NACIMIENTO	HOMBRE	IDENTIDAD DE GÉNERO	MASCULINO	ORIENTACIÓN SEXUAL	HETEROSEXUAL	FECHA DE NACIMIENTO	02/12/17
TIPO DE DOCUMENTO	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	1089330196	PAÍS DE NACIMIENTO	COLOMBIA	NACIONALIDAD	COLOMBIANA		
DISCAPACIDAD	NINGUNA	CONDICIÓN	NINGUNA	GRUPO ÉTNICO	NINGUNO	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	SUBSIDIADO	NOMBRE DE LA EMPRESA	NUEVA EPS
SITUACIÓN LABORAL	ESTUDIAR	NIVEL EDUCATIVO	PRIMARIA	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	313854 6344		
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	— — —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 4 # 5-31	ZONA	URBANA		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	CENTRO	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	CELULAR	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	SOELY DIAZ	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	313854 6344		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	SOELY DIAZ	TELÉFONO CELULAR	3138546344	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	PORTONCO	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	SI	DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

2. DATOS DEL HOGAR

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I		4
			1			1						1	1						

3. ANTECEDENTES PERSONALES DE SALUD PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE						3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE									
1. Durante los últimos 7 días, ¿usted anduvo en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo UD. anduvo diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?		1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?		4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?		5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO		3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL						3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO			
6. ¿A qué intensidad realiza la actividad física?		1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?		1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?		3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?		1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?		2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		3.6. MORBILIDAD REPORTADA											
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?		1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?		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?		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorar con la actividad física?		4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?		5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?		6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	

3.6. MORBILIDAD REPORTADA								3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES					
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?		8. ¿Presenta alguna enfermedad o condición de salud?		9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál es la enfermedad o condición de salud presenta?		10. Cree que su estado de salud es		1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una o más veces por semana durante al menos 60 minutos?		2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?		3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física tres o más veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS	PESO	40	TALLA	1.05	IMC	20.1	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	51	CLASIFICACIÓN	Normal

5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO
> Marque con una equis (X) SI o NO, según respuesta del usuario

	SI	NO
CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las jornadas 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 tales como: lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre los mismos.	X	
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X	
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover y difundir las publicaciones institucionales y material audiovisual, además de las necesidades, intereses y expectativas de las comunidades respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información del impacto y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.	X	

6. FIRMAS

Soely Diaz				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
FIRMA DEL USUARIO O ACUDIENTE		FIRMA DEL GESTOR(A)		FIRMA DEL MONITOR(A), PROMOTOR(A) MONITOR(A) o PROFESIONAL APOYO HEVS	
NOMBRE COMPLETO	SOELY DIAZ	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	26515880	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	[illegible]

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 8
		CÓDIGO: FD-FR-054
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		Fecha: 14/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	05/03/2024	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	ÍQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1082215320	NOMBRE DEL GRUPO	ÍQUIRA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	[illegible]
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FAN PAGE FACEBOOK O WHATSAPP)			

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	JESUS HERNANDO TRUJILLO	SEXO DE NACIMIENTO	HOMBRE	IDENTIDAD DE GÉNERO	MASCULINO	ORIENTACIÓN SEXUAL	HETEROSEXUAL	FECHA DE NACIMIENTO	
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	83245691	PAÍS DE NACIMIENTO	COLOMBIA	NACIONALIDAD	COLOMBIANA		
DISCAPACIDAD	NINGUNA	CONDICIÓN	NINGUNA	GRUPO ÉTNICO	NINGUNO	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	SUBSIDIADO	NOMBRE DE LA EMPRESA	NUEVA EPS
SITUACIÓN LABORAL	TRABAJAR	NIVEL EDUCATIVO	PROFESIONAL	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	3138546344		
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	CALLE 4 # 5-31	ZONA	URBANA		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	CENTRO	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	CELULAR	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— o —	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	SOCOY DIAZ	TELÉFONO CELULAR	3138546344	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	PERIFONEO	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	SI	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

2. DATOS DEL HOGAR

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
			1			1						1	1					4

3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE / 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	SI	2. ¿Cuántos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	AEROFIT AL [illegible]	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.2 ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE / 3.3 COMPORTAMIENTO SEDENTARIO / 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL / 3.5 HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	MODERADO	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO / 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal leve, cansancio, dolor de cabeza, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	No

3.6. MORBILIDAD REPORTADA / 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	No	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	No	9. Si su respuesta anterior fue SÍ, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	BUENO	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios tres a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	NINGUNO	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	8

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS	PESO	70	TALLA	1.73	IMC	18.	CLASIFICACIÓN	[illegible]	PERÍMETRO DE CINTURA	62	CLASIFICACIÓN	NORMAL

5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los 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 [illegible] Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas de cualquier responsabilidad sobre los mismos	X	
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS. Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X	
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover o ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de las necesidades, intereses y expectativas de las comunidades respecto al derecho a la actividad física. Con el aporte, estoy contribuyendo en la difusión de la información en el país y la evolución de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.	X	

6. FIRMAS

				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
FIRMA DEL USUARIO (S)		FIRMA DEL ACUDIENTE		FIRMA DEL MONITOR(A), PROMOTOR(A), GESTOR(A) O PROFESIONAL	
NOMBRE COMPLETO	JESUS HERNANDO TRUJILLO	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	83243691	NÚMERO DE DOCUMENTO	-	NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.211.320

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 3 CÓDIGO: FD-FR-054
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	09/01/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL
NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO	NUMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 378	NOMBRE DEL GRUPO	IQUIRA FIT	TIPO DE GRUPO	REGULAR
COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	[illegible]	DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE	URL GRUPO AF (FAN PAGE FACEBOOK O WHATSAPP)	

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Marina Zuñiga	SEXO DE NACIMIENTO	Femenino	IDENTIDAD DE GÉNERO	Mujer	ORIENTACIÓN SEXUAL	Hetero x
FECHA DE NACIMIENTO	30-04	TIPO DE DOCUMENTO	CC	NUMERO DE DOCUMENTO	26514800	PAÍS DE NACIMIENTO	colombia
NACIONALIDAD	colombiana	DISCAPACIDAD	Ninguno	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ETNICO	N.A
TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	contributivo	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Sanitas	SITUACIÓN LABORAL	Tareas del Hogar	NIVEL EDUCATIVO	Bachillerato
ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	3124661475	TELÉFONO FIJO	— —	CORREO ELECTRÓNICO	— —
DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cr. 5-4-16	ZONA	Urbano	COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	S. Francisco	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular
NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— — —	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— — —	EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Kono Santos	TELÉFONO CELULAR	3192629750
MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifonio	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	10		

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
																1		1

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE					
1. Durante los últimos 7 días, ¿usted monta en bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	SI	2. ¿Cuántos días a la semana?	2	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. monta habitualmente en bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro?	10

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE									
1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?	S	2. ¿Cuántos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	Asistir al Grupo A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A qué intensidad realiza la actividad física?	moderado								

3.3 COMPORTAMIENTO SEDENTARIO	
1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL	
1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verdura consumió en el día?	1
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez esta lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO	
1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumara en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tenga alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal, fatiga, conjuntivitis, dolor de cabeza, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SÍ, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es:	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES	
1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguno
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	72.5	TALLA	1.60	IMC	[illegible]	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	86	CLASIFICACIÓN	Riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, ente deportivo y a sus contratistas de cualquier responsabilidad sobre los mismos.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover o ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material publicitario, además de las 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 espacios y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.	X

Marina Zuñiga				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	MARINA ZUÑIGA	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO	26 514 800	NUMERO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 378

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
		CÓDIGO: FO-FR-054
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	09/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 326	NOMBRE DEL GRUPO	IQUIRA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	[illegible]
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FAN PAGE FACEBOOK O WHATSAPP)			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Natalia Dussan	SEXO DE NACIMIENTO	Femenino	IDENTIDAD DE GÉNERO	femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	heterosex	FECHA DE NACIMIENTO	21/06/91
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	1084867762	PAÍS DE NACIMIENTO	colombia	NACIONALIDAD	colombiana		
DISCAPACIDAD	NINGUNA	CONDICIÓN	NINGUNA	GRUPO ÉTNICO	ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	contributiv	NOMBRE DE LA EMPRESA	sanitas
SITUACIÓN LABORAL	trabajar	NIVEL EDUCATIVO	universitaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	3123478593		
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	sirley0805@gmail.c	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	cll 3 N 7-100	ZONA	urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Los campos	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— 0 —	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— 0 —		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Jaime Cedeño	TELÉFONO CELULAR	3188160086	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	SI	DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	0

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	SI
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	ASISTIR al GRPO H IF
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
4. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderado

3.3 COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	7

3.4 CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	0
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5 HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6 MORBILIDAD REPORTADA

1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (hipertensión arterial)?	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?	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	Excelente

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	NINGUNO
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera mencionada en pregunta anterior)?	10

PESO	66	TALLA	1.68	IMC	70.1	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	66	CLASIFICACIÓN	NORMAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 estos procesos tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas de cualquier responsabilidad sobre mi persona.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registros fílmicos y/o fotográficos a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover y difundir las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de las 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	✓

				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Natalia Dussan	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1084867962	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 326

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 3
		CÓDIGO: FD-FR-054
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	09/01/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.116.328	NOMBRE DEL GRUPO	IQUIRA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	[illegible]
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FAN PAGE FACEBOOK O WHATSAPP)			

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Karla Maria Cerquera	SEXO DE NACIMIENTO	FEMENINO	IDENTIDAD DE GÉNERO	FEMENINO	ORIENTACIÓN SEXUAL	HETEROSEXUAL	FECHA DE NACIMIENTO	17-09-1999
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	1075256136	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	COLOMBIANA		
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	NINGUNA	GRUPO ÉTNICO	N.A	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	CONTRIBUTIVO	NOMBRE DE LA EMPRESA	NUEVA EPS
SITUACIÓN LABORAL	TRABAJAR	NIVEL EDUCATIVO	UNIVERSITARIA	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1	TELÉFONO CELULAR	3212095083		
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	kmcerquera[illegible]	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	cll 5 #5-41	ZONA	URBANA		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Loma de la Cruz	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	CELULAR	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— o —	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	MERCY ALVAREZ	TELÉFONO CELULAR	3203400519	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	PERIFONEO	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	SI	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

2. DATOS DEL HOGAR

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
																		0

3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	SI
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	10'

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	SI
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	Asistir al grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumirla y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días fumó alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que puede empeorar con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta alguna enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Cree que su estado de salud es	BUENO

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	NINGUNA
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera identificada en pregunta anterior)?	10

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS	PESO	54	TALLA	1.65	IMC	21.3	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	60	CLASIFICACIÓN	NORMAL

5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 [illegible] ________ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre los mismos.	X	
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X	
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para procesos en los que se usen las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual [illegible], las necesidades, intereses y expectativas de las comunidades 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.	X	

6. FIRMAS

Karla M. Cerquera				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
FIRMA DEL USUARIO		FIRMA DEL MONITOR		FIRMA DEL MONITOR(A), PROMOTOR(A) [illegible]	
NOMBRE COMPLETO	Karla Maria Cerquera Ortiz	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1075256186	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.[illegible]

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CODIGO: FD-FR-054
		Fecha: [illegible]

FECHA DE INSCRIPCIÓN	[illegible]	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	[illegible]	NOMBRE DEL GRUPO	IQUIRA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	[illegible]
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FAN PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Deider Perdomo	SEXO DE NACIMIENTO	Femenino	IDENTIDAD DE GÉNERO	FEMENINO	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	29/09/1973
TIPO DE DOCUMENTO	C 26515548	NÚMERO DE DOCUMENTO	26515548	PAÍS DE NACIMIENTO	colombia	NACIONALIDAD	colombiana		
DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	nueva Eps.
SITUACIÓN LABORAL	Trabajar	NIVEL EDUCATIVO	Tecnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	3144865902		
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	deiderperdomo@gmail.com	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	calle 1A sur # 8-09	ZONA	urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Los pinos	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— 0 —	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	3214747753		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Josué trujillo R.	TELÉFONO CELULAR	3214747757	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

2. DATOS DEL HOGAR

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
																		•

3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿utilizó usted la bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	Asistir al Grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A qué intensidad realiza la actividad física?	moderado

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez esta lista para consumir y antes de probarla?	No

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	No
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	No
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?	No
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	No
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	No
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	No
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días algún caso como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal leve, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	No
7. ¿Tiene diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	No
8. ¿Presenta una enfermedad o condición de salud?	No
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una o dos veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguna
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o dos veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera calificada en pregunta anterior)?	10

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS	PESO	58	TALLA	1.54	IMC	70.	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	69	CLASIFICACIÓN	Normal

5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

CONSENTIMIENTO INFORMADO: [illegible] ... Asumo todos los riesgos [illegible] ... riesgo de contagio por COVID-19 entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, [illegible] de cualquier responsabilidad sobre los mismos	X	
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo [illegible] ... en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	^	
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo [illegible] ... del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, [illegible] ... en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.	^	

Deider Perdomo R.		JTO		Osca Ivan Trujillo Ocampo	
FIRMA DEL USUARIO		FIRMA DEL [illegible]		FIRMA DEL [illegible]	
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	[illegible]

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5
		CÓDIGO: FO-PR-054
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha: [illegible]

FECHA DE INSCRIPCIÓN	[illegible]	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.278	NOMBRE DEL GRUPO	IQUIRA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	[illegible]
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FAN PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Nasly Xiomara Góngora Teva	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO		ORIENTACIÓN SEXUAL	heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	07/08/2001
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	1004492154	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana		
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EMPRESA	SANITAS
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Técnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	3134692545		
TELÉFONO FIJO	— —	CORREO ELECTRÓNICO	xiomaragongora0108@gmail.com	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 5 # 2-04	ZONA	Urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	loma de la Cruz	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— — —	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— — —		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Julian David Trujillo	TELÉFONO CELULAR	3118165186	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	SI	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

2. DATOS DEL HOGAR

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	6

3. ANTECEDENTES PERSONALES DE RIESGO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE						3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE									
1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	SI	2. ¿Cuántos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	SI	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	Asistir al grupo AF	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO		3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL						3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO			
4. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	Moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	2	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	2	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	No	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		3.6. MORBILIDAD REPORTADA											
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	6	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?	No	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorar con la actividad física?	No	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	No	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	No	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA								3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES					
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	No	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	No	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Días que su estado de salud es	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una o más veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguno	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

4. MEDICIÓN ANTROPOMÉTRICA	PESO	60	TALLA	1.56	IMC	24.1	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	75	CLASIFICACIÓN	Riesgo

5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

CONSENTIMIENTO INFORMADO: [illegible] COVID-19 [illegible] Ministerio del Deporte [illegible]	X	
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y [illegible] a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X	
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: [illegible]	X	

6. FIRMAS

Nasly Xiomara Góngora L				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
FIRMA DEL USUARIO		FIRMA DEL ACUDIENTE		FIRMA DEL MONITOR(A) PROFESIONAL	
NOMBRE COMPLETO	Nasly Xiomara Góngora	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1004492154	NÚMERO DE DOCUMENTO	-	NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.278

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		CÓDIGO: FO-FR-054
		Fecha: 14/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	09/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL
NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO	NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	IQUIRA FIT	TIPO DE GRUPO	REGULAR
COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	[illegible]	DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE	URL GRUPO AF (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP)	

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Blanco U Zapata	SEXO DE NACIMIENTO	Femenino	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	HeteroSex
FECHA DE NACIMIENTO	19-03-1975	TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	36.089980	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia
NACIONALIDAD		DISCAPACIDAD	Ninguna.	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	N/A
TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Contribu-	NOMBRE DE LA EMPRESA	Emcosalud	SITUACIÓN LABORAL	Trabajar	NIVEL EDUCATIVO	universita-
ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1	TELÉFONO CELULAR	3125610143	TELÉFONO FIJO	—— • ——	CORREO ELECTRÓNICO	blanquii1903
DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 10 # 10A-04	ZONA	Urbana	COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Centro	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular
NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	—— o ——	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—— o ——	EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Soely Díaz	TELÉFONO CELULAR	3138485404
MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Sí	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22		

2. DATOS DEL HOGAR

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	0

3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Sí
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	Asistir al GR-PO A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	6

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	2
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, aunque esté lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fume en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?	NO
4. ¿Se lo ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorar con la actividad física?	NO
1. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
3. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal, conjuntivitis, dolor de cabeza, cansancio, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SÍ, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es:	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguna
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 (en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz), ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera identificada en pregunta anterior)?	8

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO	68	TALLA	165	IMC	21.6	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	60	CLASIFICACIÓN	Riesgo

5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

Marque con una equis (X) SI o NO, según respuesta del usuario

	SI	NO
CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como: lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre los mismos.	X	
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y operadores a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X	
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los funcionarios del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual tendrá como finalidad promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidades respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la construcción 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.	X	

6. FIRMAS

Blanca Y Zapata		Oscar Ivan Trujillo Ocampo
FIRMA DEL USUARIO	FIRMA DEL ACUDIENTE	FIRMA DEL MONITOR(A), PROMOTOR(A), GESTOR(A) O PROFESIONAL ACTIVIDAD FÍSICA HEVS
NOMBRE COMPLETO: Blanca U Zapata	NOMBRE COMPLETO:	NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO: 36 099 980 Gar.	NÚMERO DE DOCUMENTO:	NÚMERO DE DOCUMENTO: 1082215328

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 5
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		CÓDIGO: FD-FR-08H
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	[illegible]	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.218.328	NOMBRE DEL GRUPO	IQUIRA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	[illegible]
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	DANITSA MEDINA	SEXO DE NACIMIENTO	FEMENINO	IDENTIDAD DE GÉNERO	FEMENINO	ORIENTACIÓN SEXUAL	HETEROSEXUAL	FECHA DE NACIMIENTO	13-07-1990
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1081404422	PAÍS DE NACIMIENTO	COLOMBIA		NACIONALIDAD	COLOMBIANA	
DISCAPACIDAD	NINGUNA	CONDICIÓN	NINGUNA	GRUPO ÉTNICO	NINGUNA	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	CONTRIBUTIVO	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	SANITAS
SITUACIÓN LABORAL	TAREAS DEL HOGAR	NIVEL EDUCATIVO	TECNICO	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2		TELÉFONO CELULAR	3167089905	
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	damadimon260	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 3 # 3 57		ZONA	URBANA	
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	CENTRO	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— 0 —		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— 0 —	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A	CESAR CEDEÑO	TELÉFONO CELULAR	3208461979	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	SI	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

2. DATOS DEL HOGAR

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
	1											1	1					3

3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	SI
2. ¿Cuántos días a la semana?	2
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	60

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	SI
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	AJUSTE AL GRUPO A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	/
6. ¿A qué intensidad realiza la actividad física?	MODERADA

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	2
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, sin haberla probado?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días fumó alguien en su casa que fumó en su presencia?	0
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorar con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal, tos, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tiene diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta una enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Cree que su estado de salud es	BUENO

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	NINGUNA
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	8

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS	PESO	68.1	TALLA	162	IMC	25.1	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	70	CLASIFICACIÓN NORMAL

5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

	SI	NO
CONSENTIMIENTO INFORMADO: certifico que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los grupos de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física. [illegible] Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas prácticas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas de cualquier responsabilidad sobre los eventos.	X	
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X	
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, vivencias y expectativas de las comunidad respecto al derecho y la actividad física. Con mi apoyo, estoy contribuyendo en la difusión de la 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.	X	

6. FIRMAS

FIRMA DEL USUARIO		FIRMA DEL ACUDIENTE		FIRMA DEL MONITOR(A), PROMOTOR(A)	Oscar Ivan Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO	Danitza Medina	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1081404422	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.211.328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
			CÓDIGO: FD-FR-034
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INFORMACIÓN	05/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IGUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.320	NOMBRE DEL GRUPO	IGUIRA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	[illegible]
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANS PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Mª Jose Quint.	SEXO DE NACIMIENTO	mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Hetero	FECHA DE NACIMIENTO	30/12/81
TIPO DE DOCUMENTO	Pasaporte	NÚMERO DE DOCUMENTO	19216636	PAÍS DE NACIMIENTO	MÉXICO		NACIONALIDAD	Mexicana	
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Sub	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Trabajadora	NIVEL EDUCATIVO	SECUNDARIA	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2		TELÉFONO CELULAR	321-520-43-50	
TELÉFONO FIJO	— - —	CORREO ELECTRÓNICO	— - —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	C.4 #7-69		ZONA	Urbana	
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Centro	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— - —		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— - —	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Oscar Trujillo	TELÉFONO CELULAR	314-363041	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	SI	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

2. DATOS DEL HOGAR

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	3
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I		
									1			1	1						

3. AUTORREPORTE PERSONAL DE RIESGO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE						3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE									
1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	SI	2. ¿Cuántos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	Asistir al Grupo A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO		3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL						3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO			
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		3.6. MORBILIDAD REPORTADA											
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?.	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA								3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES					
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Cree que su estado de salud es	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS	PESO	68	TALLA	1.60	IMC	26	CLASIFICACIÓN	normal	PERÍMETRO DE CINTURA	69	CLASIFICACIÓN	NORMAL

5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los 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 tales como lesiones [illegible], riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre los mismos	X	
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y corporaciones a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	X	
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover o ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual alrededor de las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi apoyo, estoy contribuyendo a 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	X	

FIRMAS

FIRMA DEL USUARIO		FIRMA DEL ACUDIENTE	JTO	FIRMA DEL MONITOR, PROFESIONAL, MÉDICO O PROFESIONAL [illegible]	Oscar Ivan Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO	Maria Jose Quintero	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	19216636	NÚMERO DE DOCUMENTO	-	NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.320

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FD-FR-054
		Fecha: [illegible]

FECHA DE INSCRIPCIÓN	09/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	[illegible]	NOMBRE DEL GRUPO	IQUIRA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	[illegible]
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP)			

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Marleny Bohada	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Heterosexual	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	29-07-1969
TIPO DE DOCUMENTO	C.C.	NÚMERO DE DOCUMENTO	26471178	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	Ninguno	CONDICIÓN	Ninguno	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EPS	Sanitas
SITUACIÓN LABORAL	Trabajar	NIVEL EDUCATIVO	Técnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3123047529
TELÉFONO FIJO	— - —	CORREO ELECTRÓNICO	— - —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 7-10 A 16			ZONA Urbano	Urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	(2) Amigos	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— - —			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— - —
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Silvio Trujillo	TELÉFONO CELULAR	3107623530	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	SI	DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

2. DATOS DEL HOGAR

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I		0

3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE						3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE									
1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	0	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	SI	2. ¿Cuántos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	Asiste al grupo A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO		3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL						3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO			
6. ¿A qué intensidad realiza la actividad física?	Moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o acostado diariamente?	2	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le añade sal a la comida, una vez está lista para consumirla y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	No	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		3.6. MORBILIDAD REPORTADA											
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorar con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal leve, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA								3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES					
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguno	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	8

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS	PESO	64	TALLA	1.64	IMC	21	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	66	CLASIFICACIÓN NORMAL

5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

[illegible]	SI	NO
CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física en los cursos de manera libre y voluntaria [illegible] ________ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas así como lesiones [illegible] riesgo de contagio por COVID-19 [illegible] de cualquier responsabilidad sobre los mismos.	X	
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades [illegible] a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X	
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico [illegible] Ministerio del Deporte [illegible] calidad de vida, bienestar y salud de las personas.	X	

6. FIRMAS

Marleny Bahada				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA DEL GESTOR (A)		FIRMA DEL MONITOR (A), PROMOTOR (A) O PROMOTOR JOVEN HEVS	
NOMBRE COMPLETO	Marleny Bohada	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	26471178	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	[illegible]

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5
		CÓDIGO: [illegible]
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha: [illegible]

FECHA DE INSCRIPCIÓN	[illegible]	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	[illegible]	NOMBRE DEL GRUPO	IQUIRA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	[illegible]
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FAME PAGE FACEBOOK O WHATSAPP)			

[illegible] DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

				IDENTIDAD DE GÉNERO	FEMENINO	ORIENTACIÓN SEXUAL	Hetero	FECHA DE NACIMIENTO	17-10-1979
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	ROSAIBA PERDOMO M	SEXO DE NACIMIENTO	MUJER	PAÍS DE NACIMIENTO	colombia			NACIONALIDAD	colombiana
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	26.515.862	GRUPO ÉTNICO	ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	SANitas
DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICIÓN	ninguna	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1			TELÉFONO CELULAR	316 7527542
SITUACIÓN LABORAL	TRABAJAR	NIVEL EDUCATIVO	TECNICO	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	cra 9 - 4-55			ZONA	urbana
TELÉFONO FIJO	— - —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— > —			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	maria Auxiliadora	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	316 7527542	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	PERIFONEO	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	SI	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	olga Perdomo	TELÉFONO CELULAR	3133880248						

[illegible] DATOS DEL HOGAR [illegible]

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
												1	1					2

3. [illegible] (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo [illegible] diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuánto tiempo destinó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	ASISTIR al GRUPO AF	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	MODERADA								

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez esta lista para consumirla y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como cigarrillos, puros o pipa?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de esos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO	3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?	NO	3. ¿Un médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorar con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta una enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	BUENO				

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios tres o más veces por semana durante al menos 60 minutos?	NINGUNA	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física tres o más veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera identificada en pregunta anterior)?	10

[illegible]	PESO	69	TALLA	1.68	IMC	20.6	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	79	CLASIFICACIÓN	RIESGO

[illegible]

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los centros de [illegible] y voluntariamente participo bajo mi responsabilidad, siguiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de [illegible] de [illegible] Acepto todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, el ente deportivo y [illegible] de cualquier responsabilidad sobre los mismos.	x	
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a los [illegible] a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	x	
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: [illegible] del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de [illegible] y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con lo anterior, 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.	x	

Rosalba Perdomo				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
FIRMA DEL USUARIO [illegible]		FIRMA DEL ACUDIENTE [illegible]		FIRMA DEL MONITOR [illegible]	
NOMBRE COMPLETO	ROSAIBA PERDOMO M	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	26515862	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	[illegible]

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 1
			CODIGO: FD-PR-054
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		Fecha: 11/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	09/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IGUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.370	NOMBRE DEL GRUPO	IGUIRA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	[illegible]
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE, FACEBOOK O WHATSAPP)			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	OLGA PERDOMO M	SEXO DE NACIMIENTO	MUJER	IDENTIDAD DE GÉNERO	FEMENINO	ORIENTACIÓN SEXUAL	Hetero	FECHA DE NACIMIENTO	14-12-81
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	26.515.915	PAÍS DE NACIMIENTO	colombia	NACIONALIDAD	colombiana		
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	SaniTas
SITUACIÓN LABORAL	TRABAJAR	NIVEL EDUCATIVO	TECNICO	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1			TELÉFONO CELULAR	3133580748
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	— 0 —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 9-4-55	ZONA	U		urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Maria Auxiliadora	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	3133580748	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— 0 —	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— 0 —		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Rosalba Perdomo	TELÉFONO CELULAR	316 752 7542	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	PERIFONEO	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	SI	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
												1			1			•

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó normalmente en bicicleta o camino para desplazarse de un lugar a otro?	NO

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	SI	2. ¿Cuántos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó normalmente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	Asiste al Grupo A-F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderado								

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿En esos los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumirla y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días usted alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO	3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorar con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue Sí, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Olvida que su estado de salud es:	Bueno				

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	8

[illegible]	PESO	53	TALLA	160	IMC	20.6	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	60	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria participo bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de usuario/a de [illegible]. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas prácticas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas de cualquier responsabilidad sobre los mismos.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a los mismos y encargados a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registros fílmicos y/o fotográficos a través de las consultas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para presentar e ilustrar las publicaciones, presentaciones, [illegible], [illegible], las 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 experiencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.	X

OLGA PERDOMO M	JL6		Oscar Ivan Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO	OLGA PERDOMO M	NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	26515915	NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.320

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 8 CÓDIGO: F-DFR-054
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha: 14/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	16/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 331	NOMBRE DEL GRUPO	IQUIRA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	[illegible]
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FAN PAGE FACEBOOK O WHATSAPP)			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Lyfredy Angel Conde	SEXO DE NACIMIENTO	Mas.	IDENTIDAD DE GÉNERO		ORIENTACIÓN SEXUAL		FECHA DE NACIMIENTO	
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO DE DOCUMENTO	1084866981	PAÍS DE NACIMIENTO	colombia		NACIONALIDAD	Colombiano	
DISCAPACIDAD	NO	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	N.A.	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	NEPS	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	
SITUACIÓN LABORAL	Trabajar	NIVEL EDUCATIVO	Profesional	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2		TELÉFONO CELULAR	3176357137	
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cll 6 # 11-59		ZONA	Urbana	
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	los Amigos	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— o —		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Wi Mora	TELÉFONO CELULAR	3145675552	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifonio	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	1

3.1 ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, cuánto tiempo Ud. empleó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	SI
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	Asistir al grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	NO
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	Moderada

3.3 COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	6

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	0
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	2
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez esta lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5 HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	0
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	6

3.6. 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)?	NO
2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que ha tenido glucosa o azúcar en la sangre alto?	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es:	Excelente

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en espacios de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguna
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera mencionada en pregunta anterior)?	0

PESO	75	TALLA	1.73	IMC	25.1	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	80	CLASIFICACIÓN	Riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 en mi calidad de usuario de [illegible]. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas prácticas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID 19 entre otros. Por lo anterior exonero al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	✓
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	✓
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para publicar e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de las necesidades, intereses y expectativas de mi 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.	✓

				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Elfredy Angel C.	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1084866981	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 330

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
		CÓDIGO: FD-FR-054
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	09/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	ÓSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 087 715 226	NOMBRE DEL GRUPO	IQUIRA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	[illegible]
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP)			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Luz EDITH Mora	SEXO DE NACIMIENTO	MUJER	IDENTIDAD DE GÉNERO	FEMENINA	ORIENTACIÓN SEXUAL	HETEROSEXUAL	FECHA DE NACIMIENTO	22/04/97
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1075 34 4593	PAÍS DE NACIMIENTO	COLOMBIA	NACIONALIDAD	COLOMBIANA		
DISCAPACIDAD	NINGUNA	CONDICIÓN	NINGUNA	GRUPO ÉTNICO	NINGUNO	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	SUBSIDIADO	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	NUEVA EPS
SITUACIÓN LABORAL	TAREAS DEL HOGAR	NIVEL EDUCATIVO	TECNICO	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	312 635 9137		
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	CALLE 6 # 11 - 59	ZONA	URBANA		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	LOS AMIGOS	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	CELULAR	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— o —	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	YEITREY CUMBE	TELÉFONO CELULAR	3176 35 9137	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	PERIFONEO	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	SI	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 19 años			20 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
	1		1									1	1					4

3.1 ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	0

3.2 ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	SI	2. ¿Cuántos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	POSTURAL GAF D.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.2 ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		**3.3 COMPORTAMIENTO SEDENTARIO**		**3.4 CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL**						**3.5 HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**			
4. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	MODERADO	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Utiliza la adiciona sal a la comida, una vez servida para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fume en su presencia?	NO

3.5 HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		**3.6 MORBILIDAD REPORTADA**											
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda ser incompatible con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	No	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6 MORBILIDAD REPORTADA								**3.7 COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**					
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Cree que su estado de salud es:	BUENO	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una o más veces por semana durante al menos 60 minutos?	NINGUNA	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

	PESO	56	TALLA	1.60	IMC	96.6	CLASIFICACIÓN	obesidad 1	PERÍMETRO DE CINTURA	60	CLASIFICACIÓN	NORMAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física en mi ciudad de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad. Respetaré las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, me retiro en mi calidad de miembro de ____ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a su contratista, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	Y
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual además de las necesidades, vivencias y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. De lo anterior, 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.	X

Luz Edith Mora					
NOMBRE COMPLETO	Luz Edith Mora C.	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1075544593	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 715 338

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5 CÓDIGO: FO-FR-054
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha: 19/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	09/03/2023	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	ISNOS	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 378	NOMBRE DEL GRUPO	GUARA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FAKE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP)			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	YEICON ANGEL MORA	SEXO DE NACIMIENTO	HOMBRE	IDENTIDAD DE GÉNERO	MASCULINO	ORIENTACIÓN SEXUAL	HETEROSEXUAL	FECHA DE NACIMIENTO	03/05/18
TIPO DE DOCUMENTO	T.I	NÚMERO DE DOCUMENTO	1076921533	PAÍS DE NACIMIENTO	COLOMBIA	NACIONALIDAD	COLOMBIANA		
DISCAPACIDAD	NINGUNA	CONDICIÓN	NINGUNA	GRUPO ÉTNICO	NINGUNO	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	SUBSIDIADO	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	NUEVA EPS
SITUACIÓN LABORAL	ESTUDIAR	NIVEL EDUCATIVO	PRIMARIA	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	317635 9137		
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	— 0 —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	CALLE 6 # 11 - 59	ZONA	URBANA		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	LOS AMIGOS	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	CELULAR	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	YEITREY CUMBE	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	317635 9137		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	YEFREY CUMBE	TELÉFONO CELULAR	3176359137	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	PERIFONEO	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	SI	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
																		4

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted anduvo en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	
2. ¿Cuántos días a la semana?	
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. pasó desplazándose en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	
2. ¿Cuántos días a la semana?	
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	
6. ¿A qué intensidad realiza la actividad física?	

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumirla y antes de probarla?	

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como, cigarrillos, puros o pipas?	
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	

3.6. 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)?	
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?	
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal, fatiga, conjuntivitis, dolor de cabeza, somnolencia, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	
10. Diría que su estado de salud es	

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios dos a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física dos o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	

PESO	40	TALLA	1.12	IMC	21,6	CLASIFICACIÓN	NORMAL	PERÍMETRO DE CINTURA	60	CLASIFICACIÓN	NORMAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los centros 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, exonero al Ministerio del Deporte, el ente deportivo y a sus contratistas de cualquier responsabilidad sobre los mismos.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo autorizo a los anteriores y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidades respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la existencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.	X

Yeicon -				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Yeicon Angel Mora	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1084866981	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 378

mindeporte	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6 CÓDIGO: FD-FR-054
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	9/03/2024	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.326		NOMBRE DEL GRUPO	IQUIRA FIT		TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	[illegible]
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL		ESCENARIO	PARQUE		URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Jairo Alberto Leiva	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	7/02/09
TIPO DE DOCUMENTO	T.I	NÚMERO DE DOCUMENTO	1034863120	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Trabajar	NIVEL EDUCATIVO	Secundaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	317 688 8831
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 18 #8-16			ZONA	Urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Los Pitufos	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— Sharit Saavedra			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	317 688 8831
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Sharit Saavedra	TELÉFONO CELULAR	3176888831	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
						/							/					2

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE / **3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO
1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	adulto - grupo AF	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—		

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE / **3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO** / **3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL** / **3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	Moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	0
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez esta lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO				

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO / **3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO				

3.6. MORBILIDAD REPORTADA / **3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	8				

PESO	71	TALLA	180	IMC	20.6	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	66	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los cursos 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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 inclusión de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.	X

				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Jairo Leiva	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1034868120	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.326

74

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		CÓDIGO: FO-FR-054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	9/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IGUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.328	NOMBRE DEL GRUPO	IGUIRA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	[illegible]
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Diana Rojas	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	9/03/91
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	10822158400	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia		NACIONALIDAD	Colombiana	
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Técnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2		TELÉFONO CELULAR	3128665301	
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 6 # 6-25		ZONA	Urbana	
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Los colinas	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— o —		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— — —	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Manuela Silva	TELÉFONO CELULAR	3134225415	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

2. DATOS DEL HOGAR

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 26 años			27 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
									/			/	/					3

3. ANTECEDENTES PERSONALES EN SALUD PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	SI
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asist. el prof. AF
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, menciona ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?	No
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	No
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta alguna enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es:	Excelente

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguna
2. Si su respuesta fue OTRA, menciona ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o más veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO	66	TALLA	158	IMC	26.1	CLASIFICACIÓN	obesidad 1	PERÍMETRO DE CINTURA	66	CLASIFICACIÓN	Normal

5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X	
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X	
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X	

FIRMA DEL USUARIO		FIRMA DEL GESTOR		FIRMA DEL MONITOR/A, PROMOTOR/A	
Diana Rojas				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Diana Rojas	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1082215800	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215.328

indeportes huila	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		CÓDIGO: FD-PR-054
			Fecha: 10/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	9/07/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.328	NOMBRE DEL GRUPO	IQUIRA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP:			

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Mari Vargas Gom	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	2/06/71
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	26515546	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	colombiana
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Tecnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3204208753
TELEFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Carrera 10 # 30-52			ZONA	Urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Comuneros	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— o —			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— — —
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Shirly abella	TELÉFONO CELULAR	3102660490	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifonéo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	SI	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

DATOS DEL HOGAR

4 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	2
										1			1					

ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	SI
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asiste al grupo A.F.
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, menciona ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A que intensidad realizó la actividad física?	moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	0
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?.	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
6. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es.	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguno
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO	60	TALLA	1.58	IMC	21.1	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	68	CLASIFICACIÓN	Normal

5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demas normas complementarias	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

Mari Vargas G.				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
FIRMA DEL USUARIO		FIRMA DEL MONITOR(A)		FIRMA DEL MONITOR(A) PROFESIONAL / PROMOTOR	
NOMBRE COMPLETO	mari Vargas G	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	26515345	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.083.213.328

indeportes huila	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FO-FR-054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	MAY2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082.215.326	NOMBRE DEL GRUPO	IQUIRA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Edwa Stivo Salazar	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	23/02/06
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1084866944	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Trabaja	NIVEL EDUCATIVO	Secundaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3188736048
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 8 # 11 - 22			ZONA	Urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	los Pitufos	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— — —			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Nirza buriaca	TELÉFONO CELULAR	3188736048	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

2. DATOS DEL HOGAR

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 26 años			27 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
							/					/	/					3

3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONA CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asiste al grupo AF.
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguna
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO	70	TALLA	1.77	IMC	26.1	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	70	CLASIFICACIÓN	Riesgo

5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	x	
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	x	
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	x	

Edwa Stivo Salazar					Oscar Ivan Trujillo Ocampo
FIRMA DEL USUARIO		FIRMA DEL ACUDIENTE		FIRMA DEL MONITOR(A) PROFESIONAL HEVS O PROMOTOR(A)	
NOMBRE COMPLETO	Edwa Stivo Salazar	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1084866944	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 326

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		CÓDIGO: FD-FR 054
			Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	1/03/2024	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082.215 328	NOMBRE DEL GRUPO	IQUIRA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	

NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	[illegible]

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Nirza Barrera Trujillo	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	69030716	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Técnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	3153937578
TELÉFONO FIJO	— —	CORREO ELECTRÓNICO	— —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Carrera 3# 1-22	ZONA	Urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Monte Auxiliadora	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— —	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— —
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Edwar Salazar	TELÉFONO CELULAR	3154756429	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifonéo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si

FECHA DE NACIMIENTO	3/06/75
NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	24

2. DATOS DEL HOGAR

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años		
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I
												1	1				

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR: 2

3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asiste al grupo AF.
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A que intensidad realizó la actividad física?	moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?.	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diga que su estado de salud es.	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguno
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	–
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO	60	TALLA	1.62	IMC	21.6	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	70	CLASIFICACIÓN	Riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y FOTOGRÁFICO

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 academia de ______. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demas normas complementarias	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover a ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	r

FIRMA DEL USUARIO(A)		FIRMA DEL GESTOR(A)		FIRMA DEL MONITOR(A), PROMOTOR(A) HEVS O PROMOTOR(A)	
Nirza Trujillo				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	0	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	0	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082.215.328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
		CÓDIGO:
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	FD-FR-054
		Fecha: 16/07/2025

FECHA DE INSCRIPCIÓN	9/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.328	NOMBRE DEL GRUPO	IQUIRA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Raquel Collazos	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	7/05/79
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	36067015	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia		NACIONALIDAD	Colombiana	
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Trabajar	NIVEL EDUCATIVO	Universitario	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2		TELÉFONO CELULAR	316 224 2329	
TELÉFONO FIJO	— —	CORREO ELECTRÓNICO	— — —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Carrera 6 #6-26		ZONA	urbana	
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	los Potreros	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— — —		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— — —	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Solo Dios	TELÉFONO CELULAR	3138546344	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

DATOS DEL HOGAR

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
													1					1

ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE / 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	SI	2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	Cardio al aire AF	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—				

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE / 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO / 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL / 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	0	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO
1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO						

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO / 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO						

3.6. MORBILIDAD REPORTADA / 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SÍ, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es.	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Excelente
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	9						

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS	PESO	76	TALLA	1.59	IMC	32.2	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	79	CLASIFICACIÓN	Riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

CONSENTIMIENTO INFORMADO; 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre los mismos.	X	
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS; Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X	
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual tendrá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X	

Raquel Collazos				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
FIRMA DEL USUARIO		FIRMA DEL ACUDIENTE		FIRMA DEL MONITOR(A)/PROMOTOR(A) HEVS O PROMOTOR(A) SOCIAL	
NOMBRE COMPLETO	Raquel Collazos	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	36067015	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1082215328

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 5
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		CÓDIGO: FD-FR-054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	9/03/2024	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.328	NOMBRE DEL GRUPO	IQUIRA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	[illegible]
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Sandra milena leiva	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	8/02/98
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1034861627	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana		
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Heterosexual	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Trabaja	NIVEL EDUCATIVO	Tecnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	3125243787		
TELÉFONO FIJO	— —	CORREO ELECTRÓNICO	— —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 4 # 1-06	ZONA	Urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	loma de la Cruz	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— —	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— —		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Martha Cecilia	TELÉFONO CELULAR	3128943666	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	24

2. DATOS DEL HOGAR

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 20 años			21 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
												1	1					2

3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asiste al Grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A qué intensidad realiza la actividad física?	moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	0
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de esos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal (mocos), conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es:	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguno
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál es la barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO	66	TALLA	1.70	IMC	21.6	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	66	CLASIFICACIÓN	Normal

5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

FIRMA DEL USUARIO		FIRMA DEL GESTOR		FIRMA DEL MONITOR	
Sandra leiva				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Sandra leiva	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1034869607	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

mindeporte

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 8
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		CÓDIGO: PD-FR-064
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	9/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215 326	NOMBRE DEL GRUPO	IQUIRA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	[illegible]
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Evelyn Pardo lopez	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	26/05/90
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1037646893	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	colombiana
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Estudiar	NIVEL EDUCATIVO	Universitario	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	300 618 1347
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 13 # 9-14			ZONA	Urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Los Zanonez	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— o —			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Cesar Gonzalez	TELÉFONO CELULAR	3006181347	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

2. DATOS DEL HOGAR

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
									1	1								2

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?	SI	2. ¿Cuántos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	Gusto el grupo AF	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A qué intensidad realiza la actividad física?	Moderada								

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO	3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO	7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS	PESO	70	TALLA	1.62	IMC	21.6	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	76	CLASIFICACIÓN	Riesgo

5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X	
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X	
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X	

FIRMA DEL USUARIO		FIRMA DEL ACUDIENTE		FIRMA DEL MONITOR(A) / PROMOTOR(A)	
				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Evely Pardo	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1037646893	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.326

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 5
			CÓDIGO:
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		FD-FR-054
			Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	9/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.328	NOMBRE DEL GRUPO	IQUIRA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	[illegible]
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Isabella Pajoy Alvarez	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	7/02/15
TIPO DE DOCUMENTO	T I	NÚMERO DE DOCUMENTO	1084369 344	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia		NACIONALIDAD	Colombiana	
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Estudiar	NIVEL EDUCATIVO	Secundaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2		TELÉFONO CELULAR	320 340 0549	
TELÉFONO FIJO	— —	CORREO ELECTRÓNICO	— —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Carrera 7 # 9 - 41		ZONA	Urbana	
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Hacia Noroccidente	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	Mely Alvarez		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	320 340 0549	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Mely alvarez	TELÉFONO CELULAR	320 340 0549	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

2. DATOS DEL HOGAR

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	4
				/			/					/	/					

3. ANTECEDENTES PERSONALES DE RIESGO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?		4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?		5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?									

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?		3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?		2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de esos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?		3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	

3.6. 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)?		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?		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?		5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?		6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?		8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?		9. Si su respuesta anterior fue SÍ, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	
10. Diría que su estado de salud es:					

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?		2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?		3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS	PESO	35	TALLA	1.22	IMC	21.6	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	40	CLASIFICACIÓN	Normal

5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de las 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.	X

6. FIRMAS

Mely Alvarez				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
FIRMA DEL USUARIO		FIRMA DEL GESTOR		FIRMA DEL MONITOR(A), PROMOTOR(A) HEVS-VAS O PROMOTOR(A) JOVEN HEVS	
NOMBRE COMPLETO	mely alvarez	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO	1084807869	NUMERO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 5
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		CÓDIGO: FD-FR-054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	04/3/2024	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215.320	NOMBRE DEL GRUPO	IQUIRA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	[illegible]
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Maria Sofia Rojas	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	19/05/07
TIPO DE DOCUMENTO	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	1075794600	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Estudiar	NIVEL EDUCATIVO	Secundaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	— o —
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Carrera 7 # 7-41			ZONA	Urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Nueva Andalucia	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	Marly Alvarez			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	3203400549
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Marly Alvarez	TELÉFONO CELULAR	3203400549	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	SI	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

2. DATOS DEL HOGAR

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	4

3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	
2. ¿Cuántos días a la semana?	
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	
2. ¿Cuántos días a la semana?	
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	

3.6. 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)?	
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?	
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	
10. Diría que su estado de salud es	

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS	PESO	70	TALLA	1.71	IMC	23.6	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	61	CLASIFICACIÓN	Normal

5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	x	
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	x	
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de las 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.	x	

Marly Alvarez			Oscar Ivan Trujillo Ocampo
FIRMA DEL USUARIO		FIRMA DEL MONITOR	FIRMA DEL MONITOR(A) / PROMOTOR(A)
NOMBRE COMPLETO	marly alvarez	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1084 867 627	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.320

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
		CÓDIGO: FD-FR-034
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	9/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082 215.324	NOMBRE DEL GRUPO	IQUIRA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	[illegible]
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Merly Yulieth alvarez	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	21/04/91
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1034967689	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Universitario	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3103400549
TELÉFONO FIJO	— = —	CORREO ELECTRÓNICO	— = —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Carrera 7 # 7-41			ZONA	Urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Barrio Auxiliadora	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— = —			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— = —
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Cesar Perez	TELÉFONO CELULAR	3103400549	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

3. DATOS DEL HOGAR

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
				/			/					/	/					4

3. ANTECEDENTES PERSONALES DE SALUD PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al Grupo AF	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A que intensidad realizó la actividad física?	moderada								

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	0	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO	3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO	7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	Bueno	10. Diría que su estado de salud es:	Excelente

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS	PESO	72	TALLA	1.69	IMC	21.1	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	67	CLASIFICACIÓN	Normal	

CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	x	
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	x	
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidades 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.	x	

FIRMA DEL USUARIO		FIRMA DEL ACUDIENTE		FIRMA DEL MONITOR (A), PROMOTOR (A)	
Merly Alvarez				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	merly alvarez	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1034967679	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082 215.324

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		CÓDIGO: FD-FR-034
		Fecha: 16/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	9/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082.315 326	NOMBRE DEL GRUPO	IQUIRA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FAN PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	

NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	[illegible]

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Dairo Pajoy	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	12283929	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	FECHA DE NACIMIENTO	03/12/84
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	NACIONALIDAD	Colombiana
SITUACIÓN LABORAL	Trabajador	NIVEL EDUCATIVO	Primaria	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	3203400549
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Mar Auxiliadora	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Carrera 7 # 7-41	ZONA	urbana
				NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— o —	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Merly Alvarez	TELÉFONO CELULAR	3200 3400549	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Teléfono	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si
DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22						

2. DATOS DEL HOGAR

0 a 3 años			4 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
				1			1					1	1					4

3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 18 AÑOS)

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	SI
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedica diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en el tiempo libre?	Cuid. el Gym b.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A que intensidad realizó la actividad física?	Moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	NO
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	0
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	NO
2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glicosa o azucar en la sangre es alto?.	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	No
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguna
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿que tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO	80	TALLA	1.76	IMC	26	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	30	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 practica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de ________. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a cargo de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover a través de las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

Dairo Pajoy				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
FIRMA DEL USUARIO		FIRMA DEL ACUDIENTE		FIRMA DEL MONITOR/PROFESIONAL/GESTOR O PROMOTOR	
NOMBRE COMPLETO	Dairo Pejoy	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	12 283929	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 315 326

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
		CÓDIGO:
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	FD-FR-054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	9/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	IQUIRA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	[illegible]
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FAME PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Sharit Saavedra	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	05/03/08
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1003865131	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana		
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Técnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3176383351
TELÉFONO FIJO	— — —	CORREO ELECTRÓNICO	— — —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 10 # 8-16	ZONA	Urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	los Pitufos	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— — —	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— — —		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Sara Lemo	TELÉFONO CELULAR	3176888331	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Radio, Teléfono	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	3
			1									1	1					

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	No

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedica diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	10	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al Grupo A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	0	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fume en su presencia?	NO	3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?.	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pu... empeorarse con la actividad física?	No
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	No
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	Bueno				

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguno	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	65	TALLA	1.70	IMC	26.1	CLASIFICACIÓN	obesidad 1	PERÍMETRO DE CINTURA	58
CLASIFICACIÓN	Normal								

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 ____________. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre los mismos.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

Shaith Saavedra

Oscar Ivan Trujillo Ocampo

NOMBRE COMPLETO	Shaith Saavedra	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1003865131	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082 215 328

HUILA
Activo y Saludable

ADULTO MAYOR

Miercoles 10:00 a.m

Monitor Oscar Iván Trujillo

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
		CÓDIGO:
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	FD-FR-004
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	4/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	ADULTO MAYOR			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	HOGAR GERIATRICO	ESCENARIO	PARQUEADERO			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Eleasar Rojas Leiva	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	11/06/56
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	4946641	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Secundaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	— 0 —
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	— 0 —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 4 # 3-41			ZONA	urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Hogar Geriatrico	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— 0 —			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— 0 —
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Estefany Gutierrez	TELÉFONO CELULAR	3132978770	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	2025

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I		1

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE						**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**							
1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	2	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60'	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F
												5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		**3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO**		**3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL**						**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**			
6. ¿A que intensidad realizó la actividad física?	moderado	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de esos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	0

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**											
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?.	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA								**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**					
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguno	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	7

	PESO	70	TALLA	176	IMC	22.9	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	70	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 estudiante de ______________________. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X	
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X	
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X	

				Óscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Eleasar RojasLeiva	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	4946641	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 5
			CÓDIGO:
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		FD-FR-054
			Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	9/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082.215.328	NOMBRE DEL GRUPO	ADULTO MAYOR			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	HOGAR GERIATRICO	ESCENARIO	PARQUEADERO			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Eliesel Monje Perdomo	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	30/12/45
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	6495 030	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana		
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ningona	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Primaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1	TELÉFONO CELULAR	— o —		
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 4 #3-91	ZONA	urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Hogar Geriatrico	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— o —	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Estefany Gutierrez	TELÉFONO CELULAR	3132978720	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	2025

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	1

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE						3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE									
1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	No	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	No	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	2	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60'	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo AIF	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO		3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL						3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO			
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderado	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como cigarrillos, puros o pipas?	No	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	No

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		3.6. MORBILIDAD REPORTADA											
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	No

3.6. MORBILIDAD REPORTADA								3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES					
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SÍ, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios uno a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	8

	PESO	70	TALLA	175	IMC	22,8	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	61	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	a
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidades 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.	a

				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Elesel Monje	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	6495030	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082 215 328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
			CÓDIGO: FD-FR-054
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	4/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	ADULTO MAYOR			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	HOGAR GERIATRICO	ESCENARIO	PARQUEADERO			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	claudina cumbe de Celis	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	18/08/38
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	76.591.450	PAÍS DE NACIMIENTO	colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Primaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1			TELÉFONO CELULAR	— o —
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 4 # 3-41			ZONA	urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Hogar geriatrico	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— o —			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Estefany Gutierrez	TELÉFONO CELULAR	3132978770	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	2025

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	1
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I		

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE / **3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	No	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	No	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	2	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo AF
												5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE / **3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO** / **3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL** / **3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderado	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	No	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	No	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	0

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO / **3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?	No	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	No	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	No	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	No	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	No

3.6. MORBILIDAD REPORTADA / **3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	No	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	No	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguno	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	9

	PESO	70	TALLA	1.80	IMC	21.6	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	69	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X	
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X	
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual tendrá como evidencia para promover o divulgar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, acorde de, las 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.	X	

				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Claudina Cumbe de Celis	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	76.591.450	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 328

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5
		CÓDIGO
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	FD-FR-054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	4/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVÁN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.328	NOMBRE DEL GRUPO	ADULTO MAYOR			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	HOGAR GERIATRICO	ESCENARIO	PARQUEADERO			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Benilda Perdomo Cuevas	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino		ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO 24/08/54
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	76.606.157	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia		NACIONALIDAD	Colombiana	
DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICIÓN	ninguno	GRUPO ÉTNICO	ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Asmet salud
SITUACIÓN LABORAL	tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Primaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1		TELÉFONO CELULAR	— o —	
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 4 # 3-91		ZONA	urbana	
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Hogar Geriatrico	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— o —		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Estefania Gutierrez	TELÉFONO CELULAR	3137978770	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Periodico	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	2025

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	1

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	2
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60'
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	0
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

1. ¿Alguna vez le ha dicho un medico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?.	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que puede empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	7

PESO	65	TALLA	1.49	IMC	29.2	CLASIFICACIÓN	Peso	PERÍMETRO DE CINTURA	71	CLASIFICACIÓN	Riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los cuales de manera libre y voluntaria me uno 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X	
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X	
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover o ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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	X	

				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Benilda Perdomo	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVÁN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	76.606.157	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6 CÓDIGO: FD-FR-054
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha: 16/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	4/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.326	NOMBRE DEL GRUPO	ADULTO MAYOR			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	HOGAR GERIATRICO	ESCENARIO	PARQUEADERO			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Asceneth escobar	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	20/04/45
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	26.606.042	PAÍS DE NACIMIENTO	colombia	NACIONALIDAD	colombiana		
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Secundaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	— 0 —		
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	— 0 —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 4 # 3-91	ZONA	urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Hogar Geriatrico	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— 0 —	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— 0 —		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Eslefany gutierrez	TELÉFONO CELULAR	3132978720	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	2025

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	1

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE / 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	2	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE / 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO / 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL / 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verdura consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	0

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO / 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA / 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	9

	PESO	66	TALLA	155	IMC	27,4	CLASIFICACIÓN	Obesidad	PERÍMETRO DE CINTURA	94	CLASIFICACIÓN	Riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los cursos 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

NOMBRE COMPLETO	Asceneth escobar	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	26.606.042	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.326

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6 CÓDIGO: FD-FR-084 Fecha: 18/07/2023
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	

FECHA DE INSCRIPCIÓN	9/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.328	NOMBRE DEL GRUPO	ADULTO MAYOR			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	HOGAR GERIATRICO	ESCENARIO	PARQUEADERO			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Argemiro Tamayo	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	22/01/48
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	18910594	PAÍS DE NACIMIENTO	colombia	NACIONALIDAD	colombiana		
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ningona	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Primaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	— 0 —		
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	— 0 —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 4 # 3-91	ZONA	urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	hogar geriatrico	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— 0 —	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— 0 —		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Estefany Gutierrez	TELÉFONO CELULAR	3137978790	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	2025

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I		1

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE						3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE									
1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	2	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60'	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO		3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL						3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO			
6. ¿A que intensidad realizó la actividad física?	moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	0

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		3.6. MORBILIDAD REPORTADA											
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que para la empezar con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA								3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES					
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de [barrera manifestada en pregunta anterior]?	8

PESO	66	TALLA	1.55	IMC	27.4	CLASIFICACIÓN	Obesidad 1	PERÍMETRO DE CINTURA	90	CLASIFICACIÓN	[illegible]

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover a través de publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

				Cesar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Argemiro Tamayo	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	18910594	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
		CÓDIGO:
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		FD-FR-064
		Fecha: 16/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	4/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.338	NOMBRE DEL GRUPO	ADULTO MAYOR			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	HOGAR GERIATRICO	ESCENARIO	PARQUEADERO			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Aniseto vargas Sanchez	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	01/09/44
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	4951328	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	colombiana
DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICIÓN	ninguno	GRUPO ÉTNICO	ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Primaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1			TELÉFONO CELULAR	— 0 —
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	— 0 —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 4 # 3-91			ZONA	sabana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	hogar geriatrico	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— 0 —			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— 0 —
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Estefany Gutierrez	TELÉFONO CELULAR	3132978770	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	2025

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años				
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	1

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	No	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	No

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	2	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO		3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL						3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO			
6. ¿A que intensidad realiza la actividad física?	moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	0

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		3.6. MORBILIDAD REPORTADA											
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?.	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA								3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES					
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	9

PESO	70	TALLA	1.68	IMC	24.8	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	64	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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 academia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.	X

				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Aniseto Vargas	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	4931328	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.338

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 8
		CODIGO:
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	FD-FR-054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	4/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.328	NOMBRE DEL GRUPO	ADULTO MAYOR			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	HOGAR GERIATRICO	ESCENARIO	PARQUEADERO			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Angel Maria Parra Tovar	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	29/05/49
TIPO DE DOCUMENTO	C·C	NÚMERO DE DOCUMENTO	12100928	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	colombiana		
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Primaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1	TELÉFONO CELULAR	—0—		
TELÉFONO FIJO	—0—	CORREO ELECTRÓNICO	—0—	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 4 # 3-91	ZONA	urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Hogar geriatrico	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	—0—	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—0—		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Estefany Gutierrez	TELÉFONO CELULAR	3132978770	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	2015

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	1

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE / **3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	2	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60'	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asiste al grupo A.F
												5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál es la actividad física practica en el tiempo libre?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE / **3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO** / **3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL** / **3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

6. ¿A que intensidad realizó la actividad física?	moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	0

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO / **3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA / **3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es:	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	7

PESO	70	TALLA	1,68	IMC	25.8	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	89	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 practica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de ______. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, exime al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	✓
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover o ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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	X

				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Angel maria Parra	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	12100478·	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 8
		CÓDIGO: FD-FR-054
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	4/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	ADULTO MAYOR			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	HOGAR GERIATRICO	ESCENARIO	PARQUEADERO			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Aliro Tumbo Monje	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	17/10/62
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	83.237.014	PAÍS DE NACIMIENTO	colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICIÓN	ninguno	GRUPO ÉTNICO	ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Primaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1			TELÉFONO CELULAR	— o —
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 4 # 3-91			ZONA	urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Hogar geriátrico	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— o —			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Estefany Gutierrez	TELÉFONO CELULAR	3132978720	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	2025

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	1
															1			

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE						3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE							
1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	No	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	No	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	2	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?													

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO		3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL						3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO			
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	0

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		3.6. MORBILIDAD REPORTADA											
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA								3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES					
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	8

PESO	62	TALLA	1.70	IMC	24.3	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	70	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, exonero al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demas normas complementarias	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover o ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusion 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.	X

				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Alino Tombo Monje	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	83.237.014	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 328

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5
		CÓDIGO:
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	FD-RR-064
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	[illegible]	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082 215.328	NOMBRE DEL GRUPO	ADULTO MAYOR			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	HOGAR GERIATRICO	ESCENARIO	PARQUEADERO			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Carmen Flor Tumayo Cuenca	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	04/02/44
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	26.606.044	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana		
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Secundaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	— 0 —		
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	— 0 —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 4 # 3-41	ZONA	urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Hogar Geriatrico	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— 0 —	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— 0 —		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Estefany Gutierrez	TELÉFONO CELULAR	3132978770	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Periforeo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	2025

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	1

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE						3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE									
1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	No	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	2	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60''	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO		3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL						3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO			
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	No	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	No	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	0

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		3.6. MORBILIDAD REPORTADA											
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?.	No	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	No	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	No	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	No	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	No

3.6. MORBILIDAD REPORTADA								3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES					
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	No	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	No	9. Si su respuesta anterior fue Sí, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	7

	PESO	66	TALLA	[illegible]	IMC	24.5	CLASIFICACIÓN	[illegible]	PERÍMETRO DE CINTURA	88	CLASIFICACIÓN	[illegible]

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	carmen flor tumayo	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	26.606.044	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 8
		CÓDIGO: FD-FR-084
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	4/03/2024	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	ADULTO MAYOR			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	HOGAR GERIATRICO	ESCENARIO	PARQUEADERO			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	carlina Bruno Polanco	SEXO DE NACIMIENTO	Hujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	05/12/34
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	26.573.893	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia		NACIONALIDAD	Colombiana	
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Primaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1		TELÉFONO CELULAR	— 0 —	
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	— 0 —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 4 # 3-41		ZONA	urbana	
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Hogar geriatrico	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— 0 —		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— 0 —	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Estefany Gutierrez	TELÉFONO CELULAR	3137478770	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	2025

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	1

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	No
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	No

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	2
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderado

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	No

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	No
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	0
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8

3.6. 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)?	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?.	No
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	No
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	No
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	No
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	No
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	No
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	No
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	7

PESO	[illegible]	TALLA	[illegible]	IMC	76.9	CLASIFICACIÓN	Obesidad	PERÍMETRO DE CINTURA	79	CLASIFICACIÓN	Riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria participo 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover o ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidades frente 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.	X

					Oscar Ivan Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO	carlina Brund Polanco	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	26.573.893	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
			CÓDIGO:
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		FD-FR-064
			Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	4/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082.215 328	NOMBRE DEL GRUPO	ADULTO MAYOR			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	HOGAR GERIATRICO	ESCENARIO	PARQUEADERO			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Bertilda alvarez de ramirez	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Hetero Sexual	FECHA DE NACIMIENTO	21/04/42
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	26.605.494	PAÍS DE NACIMIENTO	colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Asmet Salud
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Secondaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	— 0 —
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	— 0 —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 4 # 3-91			ZONA	urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Hogar geriatrico	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— 0 —			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— 0 —
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Istefany Gutierrez	TELÉFONO CELULAR	3137978720	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoned	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	2025

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	1

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	No
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	No

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	2
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60'
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	
6. ¿A que intensidad realiza la actividad física?	moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	2
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	No

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	No
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	0
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8

3.6. 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)?	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?.	No
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	No
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	No
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	No
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	No
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	No
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	No
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	7

	PESO	59	TALLA	168	IMC	20.9	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	60	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: ratificado 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	✓
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	✓
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	✓

				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Bertilda alvares R.	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	26.605.494	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082.215.328

INDERHUILA	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		CÓDIGO: FD-FR-054
			Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	4/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215.328	NOMBRE DEL GRUPO	ADULTO MAYOR			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	HOGAR GERIATRICO	ESCENARIO	PARQUEADERO			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Cayetano Garcia Chila	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	06/08/41
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1634260	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	colombiana		
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Primaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1	TELÉFONO CELULAR	— 0 —		
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	— 0 —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 4 # 3-41	ZONA	urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Hogar Geriatrico	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— 0 —	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— 0 —		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Estefany Gutierra	TELÉFONO CELULAR	3137978770	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	2025

4 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	1
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I		

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE / **3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	No	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	No	1. Durante los últimos 7 días ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuantos días a la semana?	2	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60'	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO		3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL						3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO			
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verdura consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	No	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?		2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	0

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		3.6. MORBILIDAD REPORTADA											
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?.	No	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorar con la actividad física?	No	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	No	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	No	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	No

3.6. MORBILIDAD REPORTADA								3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES					
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	No	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	No	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	Buena	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios uno a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguno	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física uno a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	7

PESO	60	TALLA	157	IMC	24.1	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	87	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los 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 tales como: lesiones osteomusculares, riesgo cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

					Oscar Ivan Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO	Cayetano Garcia Chila	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1634260	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
		CÓDIGO: FO-FR-054
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		Fecha: 14/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	4/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1082 214.326	NOMBRE DEL GRUPO	ADULTO MAYOR			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO Ó VEREDA DEL GRUPO	HOGAR GERIATRICO	ESCENARIO	PARQUEADERO			URL GRUPO AF (FANS PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			[illegible]

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Cielo Cortez Cuellar	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	18/05/64
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	26.606.836	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICIÓN	ninguno	GRUPO ÉTNICO	ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Asmet Salud
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Secundaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	— 0 —
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	— 0 —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 4 # 3-41			ZONA	urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Hogar Geriatrico	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— 0 —			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— 0 —
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Estefany Gutierrez	TELÉFONO CELULAR	3132978720	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	2025

4 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	1
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I		

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE / **3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?		1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?		4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?													

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO		3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL						3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO			
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	No	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	No	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fuma en su presencia?	0

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		3.6. MORBILIDAD REPORTADA											
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?	No	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	No	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	No	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	No	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	No

3.6. MORBILIDAD REPORTADA								3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES					
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	No	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	No	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios uno a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física uno a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	8

PESO	59	TALLA	1.57	IMC	24.C	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	[illegible]	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria, 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, el ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre los mismos.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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 excelencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.	X

				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Cielo Cortez Cuellar	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	26.606.836	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.213 326

Indeportes Huila	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FD-FR-054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	4/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 326	NOMBRE DEL GRUPO	ADULTO MAYOR			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	HOGAR GERIATRICO	ESCENARIO	PARQUEADERO			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Francisco Tovar Perdomo	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	09/04/47
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	4.951.358	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	colombiana		
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Sanitas
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Primaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	— o —		
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 4 # 3-41	ZONA	urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Hogar Geriatrico	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— o —	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Esteland Gutierrez	TELÉFONO CELULAR	3132978720	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	2025

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	1
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I		

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE / **3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	2	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo AF	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE / **3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO** / **3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL** / **3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO / **3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?.	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA / **3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	–	10. Diría que su estado de salud es	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguno	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	–	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	8

	PESO	60	TALLA	158	IMC	23.6	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	69	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como les... osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, exonero al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a los entes... y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

NOMBRE COMPLETO	Francisco Tovar P.	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	4.951.358	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 326

	PROCESO: FOMENTO A[illegible]LLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5
		CÓDIGO:
	FORMATO: FICHA DE INSC[illegible] Y REGISTRO DE USUARIOS	FD-FR-054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	4/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 216 328	NOMBRE DEL GRUPO	A[illegible] MAYOR			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	HOGAR GERIATRICO	ESCENARIO	PARQUEADERO			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Elvia Maria chambo de Garcia	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	31/01/47
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	26.514.539	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana		
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Primaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1	TELÉFONO CELULAR	— 0 —		
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	— 0 —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 4 #3-91	ZONA	urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Hogar Geriatrico	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— 0 —	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— 0 —		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Estefany Gutierrez	TELÉFONO CELULAR	3132978120	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	2025

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	1

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE						**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**					
1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	No	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	2	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?									

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		**3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO**		**3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL**						**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**	
6. ¿A qué intensidad realiza la actividad física?	moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO										

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**									
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?,	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO										

3.6. MORBILIDAD REPORTADA								**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**			
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguno	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	8										

	PESO	59	TALLA	1.6[illegible]	IMC	21.6	CLASIFICACIÓN	normal	PERÍMETRO DE CINTURA	80	CLASIFICACIÓN	riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

NOMBRE COMPLETO	Elvia Maria chambo	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	26.514.539	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 216 328

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 8
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		CÓDIGO: FD-FR-054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	4/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL
NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO	NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.328	NOMBRE DEL GRUPO	ADULTO MAYOR	TIPO DE GRUPO	REGULAR
COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD		DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	HOGAR GERIATRICO	ESCENARIO	PARQUEADERO	URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Gabriel Angel Camacho Rojas	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Mascolino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual
FECHA DE NACIMIENTO	28/02/52	TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	12186152	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia
NACIONALIDAD	colombiana	DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguno
TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS	SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Secundaria
ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	— 0 —	TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	— 0 —
DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 4 # 3-41	ZONA	urbana	COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Hogar Geriatrico	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular
NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— 0 —	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— 0 —	EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Estefany Gutierrez	TELÉFONO CELULAR	3132978710
MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	2025		

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
																		4

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE							
1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO		
3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE							
1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizo actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	2	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?		6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada				
3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO							
1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3						
3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL							
1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO		
3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO							
1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuantos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO	3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8		
3.6. 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)?	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?.	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO	7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	Bueno				
3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES							
1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguno	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	9		

PESO	67	TALLA	138	IMC	[illegible]	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	76	CLASIFICACIÓN	Exceso

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS. Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Gabriel camacho	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	12186152	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

indeportes	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
		CÓDIGO: FD-FR-054
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	4/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215.328	NOMBRE DEL GRUPO	ADULTO MAYOR	TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	HOGAR GERIATRICO	ESCENARIO	PARQUEADERO	URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Gabriel Angel Rodriguez Yustres	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	4951 916	PAÍS DE NACIMIENTO	colombia	NACIONALIDAD	Colombiano
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ningona	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Primaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1	TELÉFONO CELULAR	— 0 —
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	— 0 —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 4 # 3-41	ZONA	urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Hogar Geriatrico	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— 0 —	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— 0 —
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Estefania Gutierres	TELÉFONO CELULAR	3132978770	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si

FECHA DE NACIMIENTO	21/07/53
NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	2025

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	1

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	2
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asiste al grupo AF
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, menciones ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8

3.6. 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)?	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?	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	–
10. Diría que su estado de salud es	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguno
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	–
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	[illegible]	TALLA	160	IMC	[illegible]	CLASIFICACIÓN	[illegible]	PERÍMETRO DE CINTURA	[illegible]	CLASIFICACIÓN	[illegible]

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, exímo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

Oscar Ivan Trujillo Ocampo

NOMBRE COMPLETO	Gabriel Angel Rodriguez	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	4951916	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215.328

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 5
		CÓDIGO: FD-FR-054
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		Fecha: 10/07/2025

FECHA DE INSCRIPCIÓN	4/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082.215 328	NOMBRE DEL GRUPO	ADULTO MAYOR			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	HOGAR GERIATRICO	ESCENARIO	PARQUEADERO			URL GRUPO AF (FAME PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Gilberto Cerquera Perdomo	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual
						FECHA DE NACIMIENTO	31/07/55
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	4451 650	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	colombiana
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado
						NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Secundaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	— 0 —
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	— 0 —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 4 # 3-41	ZONA	urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Hogar Geriatrico	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— 0 —	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— 0 —
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Estefany Gutierrez	TELÉFONO CELULAR	3132978770	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si
						DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	2025

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	7

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	2
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo AF
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8

3.6. 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)?	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?	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	9

PESO	[illegible]	TALLA	[illegible]	IMC	[illegible]	CLASIFICACIÓN	[illegible]	PERÍMETRO DE CINTURA	[illegible]	CLASIFICACIÓN	[illegible]

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, exonero al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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 excelencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.	X

				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Gilberto Cerquera	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	4451650	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5
		CÓDIGO:
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	FO-FR-064
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	4/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 216 320	NOMBRE DEL GRUPO	ADULTO MAYOR			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	HOGAR GERIATRICO	ESCENARIO	PARQUEADERO			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Gustavo Ussan Cordoba	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	26/11/54
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	4951771	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana		
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Secundaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	— 0 —		
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	— 0 —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 4 # 3-91	ZONA	Urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Hogar Geriatrico	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— 0 —	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— 0 —		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Estefany Gutierrez	TELÉFONO CELULAR	3132978770	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	2025

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	1

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	2
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en el tiempo libre?	asistir al grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	
6. ¿A qué intensidad realiza la actividad física?	moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8

3.6. 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)?	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?	NO
3. ¿Algún médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguno
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	8

	PESO	75	TALLA	160	IMC	27	CLASIFICACIÓN	Obesidad	PERÍMETRO DE CINTURA	80	CLASIFICACIÓN	Riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre los mismos.	X	
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X	
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO. Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X	

NOMBRE COMPLETO	Gustavo Ussan	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	4951771	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.216.320

indeportes Huila	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		CÓDIGO: FD-FR-054
			Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	4/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL
NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO						
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	ADULTO MAYOR	TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	HOGAR GERIATRICO	ESCENARIO	PARQUEADERO	URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Hermogenes Alvarado Montealegre	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	09/04/63
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	4.951.967	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana		
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Secundario	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1	TELÉFONO CELULAR	— o —		
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 4 # 3-91	ZONA	urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Hogar Geriatrico	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— o —	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Estefany Gutierrez	TELÉFONO CELULAR	3529787720	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	2025

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	1

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE / **3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted manejó su bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. manejó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	2	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?													

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE / **3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO** / **3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL** / **3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

6. ¿A qué intensidad realiza la actividad física?	moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO / **3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?,	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que puede empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA / **3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	Buena	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	9

PESO	62	TALLA	163	IMC	23.4	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	64	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los cursos de manera libre y voluntaria soy 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, el ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover o ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, acorde de, las 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.	X

				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Hermogenes Montealegre	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	4.951.967	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 328

Indeportes Huila	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
		CÓDIGO: FO-FR-054
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha: 10/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	4/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215.328	NOMBRE DEL GRUPO	ADULTO MAYOR			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	HOGAR GERIATRICO	ESCENARIO	PARQUEADERO			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Isaias Pusca Tovar	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	12/07/48
TIPO DE DOCUMENTO	C C	NÚMERO DE DOCUMENTO	4951341	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	primaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1			TELÉFONO CELULAR	— o —
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 4 #3-91			ZONA	urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Hogar geriatrico	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— o —			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Estefany Gutierrez	TELÉFONO CELULAR	3132978720	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	2025

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	1

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE						3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE									
1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	2	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO		3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL						3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO			
6. ¿En qué intensidad realizó la actividad física?	moderado	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		3.6. MORBILIDAD REPORTADA											
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal (nariz tapada), conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA								3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES					
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguno	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	9

	PESO	64	TALLA	163	IMC	25.1	CLASIFICACIÓN	[illegible]	PERÍMETRO DE CINTURA	64	CLASIFICACIÓN	[illegible]

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, al Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

					Oscar Ivan Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO	Isaias Puna Tovar	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	4951341	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082 215.328

indeportes Huila	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		CÓDIGO: FD-FR-054
			Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	4/03/2020	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 080 215,378	NOMBRE DEL GRUPO	ADULTO MAYOR			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	HOGAR GERIATRICO	ESCENARIO	PARQUEADERO			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Jorge Alberto Cardenas	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	14/08/63
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	83237311	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ningona	GRUPO ÉTNICO	ningona	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Secondaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	— 0 —
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	— 0 —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 4 # 3-41			ZONA	urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Hogar Geriatrico	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— 0 —			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— 0 —
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Estefany Gutierrez	TELÉFONO CELULAR	3132978720	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Periferico	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	2025

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I		4

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	2
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asiste al grupo AiF
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, menciones ¿cuál otra actividad física práctica en el tiempo libre?	
6. ¿A que intensidad realizó la actividad física?	moderado

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días había alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8

3.6. 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)?	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?.	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	8

PESO	64	TALLA	165	IMC	23.3	CLASIFICACIÓN	[illegible]	PERÍMETRO DE CINTURA	[illegible]	CLASIFICACIÓN	[illegible]

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre los mismos	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover o ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, acerca de las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con su aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia en planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.	X

NOMBRE COMPLETO	Jorge Cardenas	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	83237311	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.080.215.328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
			CÓDIGO: FD-FR-054
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		Fecha: 19/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	[illegible]/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.328	NOMBRE DEL GRUPO	ADULTO MAYOR			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	HOGAR GERIATRICO	ESCENARIO	PARQUEADERO			URL GRUPO AF (FANS PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Luis Eliecer Solorzano	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	29/12/57
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	93150098	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Primario	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1			TELÉFONO CELULAR	— o —
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 4 # 3-41			ZONA	urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Hogar geriatrico	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— o —			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Estefany Gutierrez	TELÉFONO CELULAR	3132978720	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	2025

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I		1

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	2
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60''
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fume en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8

3.6. 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)?	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?.	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que puede empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. [illegible] su estado de salud?	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguno
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	9

PESO	66	TALLA	1,[illegible]	IMC	29.3	CLASIFICACIÓN	[illegible]	PERÍMETRO DE CINTURA	76	CLASIFICACIÓN	Riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, exonero al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

NOMBRE COMPLETO	Luis Solorzano	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO	93150098	NUMERO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

inderhuila	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
			CÓDIGO: FD-FR-054
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	4/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL
NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO	NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.328	NOMBRE DEL GRUPO	ADULTO MAYOR	TIPO DE GRUPO	REGULAR
COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD		DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	HOGAR GERIATRICO	ESCENARIO	PARQUEADERO	URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Lucio Trujillo Martinez	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	23/03/56
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	4951545	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana		
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Primaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1	TELÉFONO CELULAR	— o —		
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 4 # 3-91	ZONA	urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Hogar Geriatrico	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— o —	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Estefany Gutierrez	TELÉFONO CELULAR	3132978770	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	2025

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	1

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo (...) montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO

3.2 ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	2
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asisto al grupo AF
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál es la actividad física practica en el tiempo libre?	
6. ¿A que intensidad realiza la actividad física?	moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verdura consumió en el día?	1
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8

3.6. 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)?	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?	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO
6. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	-
10. Diría que su estado de salud es	Buena

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios uno a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	-
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	8

PESO	60	TALLA	1.55	IMC	25.1	CLASIFICACIÓN	normal	PERÍMETRO DE CINTURA	64	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover o ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

		Oscar Ivan Trujillo Ocampo			
NOMBRE COMPLETO	Lucio Trujillo	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	4951545	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 8
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FD-FR-054
		Fecha: 16/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	4/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YACUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	ADULTO MAYOR			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	HOGAR GERIATRICO	ESCENARIO	PARQUEADERO			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Luis Eduardo Vargas canizales	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	04/06/61
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	4957796	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	colombiana		
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Pamaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1	TELÉFONO CELULAR	— 0 —		
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	— 0 —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 4 # 3-91	ZONA	urbano		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Hogar yeriatrico	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— 0 —	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— 0 —		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Estefany Gutierrez	TELÉFONO CELULAR	3137978770	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Pentoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	2025

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	1

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE								**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**							
1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	2	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60''	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo P.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, menciona ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	
3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		**3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO**			**3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL**						**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**				
4. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	N0		
3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**													
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que puede empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO		
3.6. MORBILIDAD REPORTADA								**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**							
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	Buena	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de [barrera manifestada en pregunta anterior]?	9		
	PESO	66	TALLA	152	IMC	[illegible]	CLASIFICACIÓN	[illegible]	PERÍMETRO DE CINTURA	96	CLASIFICACIÓN	Normal			

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los cuales de manera libre y [illegible] me apertrapo 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO. Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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 lo [illegible] planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.	X

					Oscar Ivan Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO	Luis Vargas	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	4957796	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 328

Inderhuila	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 5
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		CÓDIGO: FD-FR-054
			Fecha: 10/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	4/03/2024	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 216 328	NOMBRE DEL GRUPO	ADULTO MAYOR			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	HOGAR GERIATRICO	ESCENARIO	PARQUEADERO			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			[illegible]

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Luis Ernesto Cardenas Cuenca	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino		ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO: 15/05/46
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	14947575	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia		NACIONALIDAD	colombiana	
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Primaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1		TELÉFONO CELULAR	—0—	
TELÉFONO FIJO	—0—	CORREO ELECTRÓNICO	—0—	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 4 #3-91		ZONA	urbana	
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Hogar Geriatrico	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	—0—		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—0—	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Estefania Gutierrez	TELÉFONO CELULAR	3132978770	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA NEVS	2025

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	1
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I		

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE / **3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	2	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60'	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE / **3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO** / **3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL** / **3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	Moderado	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	No	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO / **3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pu[illegible] empeorarse con la [illegible]vidad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA / **3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	[illegible] su estado de salud?	Buena	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	8

	PESO	64	TALLA	1.52	IMC	28.5	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	69	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los cuales de manera libre y voluntaria e.g. 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, el ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

					Oscar Ivan Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO	Luis Cardenas	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	14944575	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 328

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5
		CÓDIGO:
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	FD-FR-084
		Fecha: 14/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	4/03/2024	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	ADULTO MAYOR			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	HOGAR GERIATRICO	ESCENARIO	PARQUEADERO			URL GRUPO AF (FANS PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Luis Humberto Camacho Rojas	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	20/03/63
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1218 4762	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia		NACIONALIDAD	Colombiana	
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Secundaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2		TELÉFONO CELULAR	— 0 —	
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	— 0 —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 4 # 3-47		ZONA	urbana	
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Hogar Geriatrico	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— 0 —		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— 0 —	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Estefany Gutierrez	TELÉFONO CELULAR	3137978720	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Pentaneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	2025

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	1

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE						3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE								
1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividades físicas en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	2	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO		3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL						3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO			
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		3.6. MORBILIDAD REPORTADA											
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?.	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA								3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES					
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	No	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	9

PESO	55	TALLA	1.52	IMC	23.8	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	66	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a los encargados y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Luis Camacho	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1218 4762	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

indeportes	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		CÓDIGO: FD-PN-054
			Fecha: 16/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	4/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215.326	NOMBRE DEL GRUPO	ADULTO MAYOR	TIPO DE GRUPO	REGULAR	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	HOGAR GERIATRICO	ESCENARIO	PARQUEADERO	URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):		COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	María del Tránsito ossa Quintero	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	16/08/42
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	76.606.019	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana		
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Primaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1	TELÉFONO CELULAR	— o —		
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 4 #3-41	ZONA	urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Hogar Geriatrico	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— o —	TELÉFONO DEL ACUDIENTE			
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Estefany Gutierrez	TELÉFONO CELULAR	3137978770	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Periódico	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	2025

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	1

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE / **3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	2
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60''	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asiste al grupo A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?					

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE / **3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO** / **3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL** / **3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO
1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fume en su presencia?	NO						

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO / **3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?.	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda impedirse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO						

3.6. MORBILIDAD REPORTADA / **3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue Si, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguno	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	9										

	PESO	56	TALLA	1,54	IMC	24,8	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	61	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria ... a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, así mismo en mi calidad de academia de ______ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e incluir las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, acerca de, las 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 existencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas	X

		JTG		Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	María ossa	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	26.606.019	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082 215 326

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6 CÓDIGO: FD-FR-054
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	4/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL
NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO	NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	ADULTO MAYOR	TIPO DE GRUPO	REGULAR
COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD		DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	HOGAR GERIATRICO	ESCENARIO	PARQUEADERO	URL GRUPO AF (FANS PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Maria Denis Cordoba Valderrama	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual
FECHA DE NACIMIENTO	11/07/41	TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	26·466·771	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia
NACIONALIDAD	Colombiana	DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ningona
TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Encosalud	SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Primaria
ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1	TELÉFONO CELULAR	— o —	TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —
DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 4 # 3-41	ZONA	urbana	COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Hogar Geriatrico	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular
NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— o —	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —	EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Estefania Gotierrez	TELÉFONO CELULAR	3132978770
MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	2025		

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	9

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted movió en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. movió diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	No

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	2
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo AF
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verdura consumió en el día?	1
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8

3.6. 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)?	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?.	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que puede empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios uno a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguno
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	Y

	PESO	58	TALLA	1,5C	IMC	[illegible]	CLASIFICACIÓN	[illegible]	PERÍMETRO DE CINTURA	61	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre los mismos	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a los entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover o ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, acerca de las 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.	X

				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Maria Venis Cordoba	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	26·466·771	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

HUILA
Activo y Saludable

BETANIA FIT

Martes 4:30
Miercoles y Jueves 7:30 a.m

Monitor Oscar Iván Trujillo

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5 CÓDIGO: FD-FR-054
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha: 15/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL
NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO	NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	BETANIA FIT	TIPO DE GRUPO	REGULAR
COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD		DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE	ESCENARIO	PARQUE	URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Maria Fernanda Andrade	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	28/01/69
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	55188557	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	colombiana
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Sanitas
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Secundaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1			TELÉFONO CELULAR	3176371708
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Betania			ZONA	rural
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Betania	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)				TELÉFONO DEL ACUDIENTE	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Ismael Puentes	TELÉFONO CELULAR	3176871703	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Sí	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	21

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	2

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Sí
2. ¿Cuántos días de la semana?	2
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60'
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistencia grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderado

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	No
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	No
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	NO
10. Diría que su estado de salud es	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguno
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	60	TALLA	1.55	IMC	[illegible]	CLASIFICACIÓN	[illegible]	PERÍMETRO DE CINTURA	79	CLASIFICACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

Ma Fernanda Andrade				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	55188557	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	0	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 328

mindeporte	PROCESO FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
	FORMATO. FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FO-FR-054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.080 215.326	NOMBRE DEL GRUPO	BET[illegible]IT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANS PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Karoll nicole conrado	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	18/03/09
TIPO DE DOCUMENTO	T.I	NÚMERO DE DOCUMENTO	1029883744	PAÍS DE NACIMIENTO	colombia		NACIONALIDAD	colombiana	
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Sanitas
SITUACIÓN LABORAL	Estudiante	NIVEL EDUCATIVO	Primaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2		TELÉFONO CELULAR	3172456971	
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Betania		ZONA	rural	
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Betania	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	carolina Bermeo		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	3172456971	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Carolina Bermeo	TELÉFONO CELULAR	3172456971	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO		CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I		•

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE						3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE									
1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?		1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?		4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?		5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO		3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL						3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO			
6. ¿A qué intensidad realiza la actividad física?		1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?		1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?		3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?		1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?		2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		3.6. MORBILIDAD REPORTADA											
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?		1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?		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?.		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?		4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?		5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?		6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	

3.6. MORBILIDAD REPORTADA								3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES					
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?		8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?		9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?		10. Diría que su estado de salud es		1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?		2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?		3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	

PESO	40	TALLA	1.70	IMC	[illegible]	CLASIFICACIÓN	normal	PERÍMETRO DE CINTURA	60	CLASIFICACIÓN	normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 carolina Bermeo. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, exonero al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre los mismos.	X	
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, almacenar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X	
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover o ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X	

Carolina Bermeo				Oscar Juan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	0	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	0	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 080 215 326

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
		CÓDIGO: FD-FR-054
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2024	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215.326	NOMBRE DEL GRUPO	BETANIA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	carmen Luz valderrama	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	04/03/66
TIPO DE DOCUMENTO	C C	NÚMERO DE DOCUMENTO	55150495	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Comfamiliar
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Tecnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1			TELÉFONO CELULAR	3167009534
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Betania			ZONA	rural
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	betania	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)				TELÉFONO DEL ACUDIENTE	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	ulpio Montenegro	TELÉFONO CELULAR	3167001534	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
												1	1					2

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	2
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	
6. ¿A qué intensidad realiza la actividad física?	moderado

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	1

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	No

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	No
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	No
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?.	No
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que puede empeorarse con la actividad física?	No
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	No
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	No
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	No
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	No
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	No
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	
10. Diría que su estado de salud es	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguno
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	8

PESO	60	TALLA	1.66	IMC	26.1	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	81	CLASIFICACIÓN	[illegible]

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria soy participe 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover o ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

Carmen Luz Valderrama				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	carmen valderrama	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	55150495	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215.326

mindeporte	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5
		CODIGO: FD-FR-054
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082 215.328	NOMBRE DEL GRUPO	BETANIA			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANS PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			[illegible]

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Ligia Rios cordoba	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	31/05/52
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	26.538.148	PAÍS DE NACIMIENTO	colombia	NACIONALIDAD	colombiana		
DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICIÓN	ninguno	GRUPO ÉTNICO	ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	contributivo	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	comfamiliar
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Primaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	3165349347		
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	— 0 —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Betania	ZONA	rural		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Betania	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)		TELÉFONO DEL ACUDIENTE			
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Fabian Andrade	TELÉFONO CELULAR	3183864150	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Pentoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
												1	1					2

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE / **3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	no
1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Sí
2. ¿Cuántos días a la semana?	2
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60''
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	[illegible] A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE / **3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO** / **3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL** / **3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada
1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2
1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	2
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO
1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO / **3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7
1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?.	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA / **3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	excelente
1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios uno a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	73	TALLA	1.57	IMC	26.14	CLASIFICACIÓN	normal	PERÍMETRO DE CINTURA	106	CLASIFICACIÓN	riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, el ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover o divulgar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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	X

Ligia Rios Cordoba					
NOMBRE COMPLETO	Ligia cordoba	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	26.538.148	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 328

indeportes	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
		CÓDIGO
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	FD-FR-054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082 215 338	NOMBRE DEL GRUPO	BETANIA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			[illegible]

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Carolina bermeo C	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	21/09/91
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1080743758	PAÍS DE NACIMIENTO	colombia			NACIONALIDAD	colombiana
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Asmet Salud
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Tecnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3172456971
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Betania			ZONA	rural
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Betania	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)				TELÉFONO DEL ACUDIENTE	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	rigo coronado	TELÉFONO CELULAR	3143720079	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	4
				l			l		l	l								

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE						**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**							
1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?		3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo (h) montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?		1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	2	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?													
3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		**3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO**		**3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL**						**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**			
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderado	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	4	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO
3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**											
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?.	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
3.6. MORBILIDAD REPORTADA								**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**					
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	No	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?		10. Diría que su estado de salud es	excelente	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál es la barrera?		3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifiesta en su pregunta anterior)?	16
	PESO	68.6	TALLA	1.61	IMC	28.17	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	86	CLASIFICACIÓN	riesgo	

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X	
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X	
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, acorde a las 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.	X	

Carolina Bermeo C.				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Carolina Bermeo	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1080293758	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215 338

PROCESO	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5 CODIGO: FD-FR-054
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha: 19/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2024	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082 215.328	NOMBRE DEL GRUPO	BETANIA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Leidy Martinez Anau	SEXO DE NACIMIENTO	Muja	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	20/04/86
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1082714601	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana		
DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICIÓN	ninguno	GRUPO ÉTNICO	ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	contributivo	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Secundaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	3176993455		
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	— 0 —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Betania	ZONA	rural		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	betania	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)		TELÉFONO DEL ACUDIENTE			
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Mauricio lasso	TELÉFONO CELULAR	3156771691	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	5
	/		/			/				/								

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	no

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	2	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60''	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
5. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	Moderada								

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verdura consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	No	3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?.	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	No
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	No	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	Bueno				

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?		3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	61.2	TALLA	155	IMC	26.72	CLASIFICACIÓN	normal	PERÍMETRO DE CINTURA	77	CLASIFICACIÓN normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

NOMBRE COMPLETO	Leidy Martinez	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1082714601	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082 215 328

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 4 CÓDIGO: FD-FR-054
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha: 15/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.328	NOMBRE DEL GRUPO	BETANIA FIT	TIPO DE GRUPO	REGULAR	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE	ESCENARIO	PARQUE	URL GRUPO AF (FAN PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Ana Patricia carvajal	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	01/07/77
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	70.428.612	PAÍS DE NACIMIENTO	colombia	NACIONALIDAD	colombiana		
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	contributivo	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Primaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	3165716178		
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	betania	ZONA	rural		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	betania	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)		TELÉFONO DEL ACUDIENTE			
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Diana	TELÉFONO CELULAR	3188046548	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCAL A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
									1			1	1					3

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	2
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60'
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asiste al grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	0
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?.	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguno
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	9

PESO	72.1	TALLA	159	IMC	28.60	CLASIFICACIÓN	normal	PERÍMETRO DE CINTURA	87	CLASIFICACIÓN	riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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	X

Ana Patricia Carvajal				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	patricia carvajal	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

Indeportes Huila	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 8
		CÓDIGO: FD-FN-054
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082.215 328	NOMBRE DEL GRUPO	BETANIA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Nohora Saavedra M.	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	13/03/67
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	55189634	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICIÓN	ninguno	GRUPO ÉTNICO	ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD		NOMBRE DE LA EAPB/EPS	
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Tecnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3165777646
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	betania			ZONA	
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	betania	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)				TELÉFONO DEL ACUDIENTE	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Moises Pinzon	TELÉFONO CELULAR	3165777646	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I		2
												1	1						

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	2	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO		3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL						3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO			
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderado	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	4	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	2	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	0	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		3.6. MORBILIDAD REPORTADA											
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA								3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES					
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?		3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	69.1	TALLA	1.55	IMC	28.14	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	89	CLASIFICACIÓN	riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria vo... 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a los entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover o ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de las 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 sus planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.	X

Nohora Saavedra M		JCO		Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	nohora saavedra	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	55189634	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
		CÓDIGO: FD-FR-054
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL
NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO	NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.326	NOMBRE DEL GRUPO	BETANIA FIT	TIPO DE GRUPO	REGULAR
COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD		DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE	ESCENARIO	PARQUE	URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Luisa Fernanda Gaspar	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	12/08/87
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1082214450	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	colombiana
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	contributivo	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Fumisanar
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Profesional	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3173850335
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	luisa222010@hotmail.com	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Betania			ZONA	rural
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	inspección	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)				TELÉFONO DEL ACUDIENTE	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	María del Carmen	TELÉFONO CELULAR	3173850335	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	4
1							1									1		

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE / **3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	4	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	60	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?		3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?		4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	usisgir al grupo AF
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	——												

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE / **3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO** / **3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL** / **3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

6. ¿A qué intensidad realiza la actividad física?	moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	2	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verdura consumió en el día?	2	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	No

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO / **3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7	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 el nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que le impida practicar actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA / **3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	X	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	-	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	9

	PESO	72	TALLA	1.60	IMC	24.03	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	93	CLASIFICACIÓN	riesgo 0

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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	X

Luisa Fernanda Gaspar				Oscar Ivan Trujillo	
NOMBRE COMPLETO	luisa gaspar	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1082214450	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.326

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 8 CÓDIGO: FO-FR-054
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215 328	NOMBRE DEL GRUPO	BETANIA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	leidy Bermudez	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	05/03/92
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1075267700	PAÍS DE NACIMIENTO	colombia			NACIONALIDAD	colombiana
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Sanitas
SITUACIÓN LABORAL	Ama de casa	NIVEL EDUCATIVO	Tecnica	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3107546479
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	— 0 —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Betania			ZONA	rural
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Betania	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)				TELÉFONO DEL ACUDIENTE	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	José luis Cuenca	TELÉFONO CELULAR	3107546979	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	3
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I		
1							1						1						

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60'
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	Asistir al grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	6

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?.	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	76.0	TALLA	1.57	IMC	32	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	80	CLASIFICACIÓN	normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria decido 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre los mismos	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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, pro- gramas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas	X

*leidy Bermudez					
NOMBRE COMPLETO	leidy Bermudez	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1075267700	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5
		CÓDIGO:
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	FD-FR-054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.328	NOMBRE DEL GRUPO	BETANIA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Erica alejandra basca	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	29/02/91
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1075251730	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia		NACIONALIDAD	Colombiana	
DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICIÓN	ninguno	GRUPO ÉTNICO	ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Sanitas
SITUACIÓN LABORAL	Ama de casa	NIVEL EDUCATIVO	bachiller	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1		TELÉFONO CELULAR	3175039629	
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	ericaalejandra7941@gmail.com	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 3 # 4-50 centro		ZONA	rural	
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	inspección	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)			TELÉFONO DEL ACUDIENTE		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Miguel A. Rojas	TELÉFONO CELULAR	3177805277	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	2022

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
			1				1		1			1	1					5

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	No

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	4
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"
4. ¿Cuál es la principal actividad física que realiza en tiempo libre?	asistir al grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verdura consumió en el día?	1
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?.	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que puede empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	-
10. Diría que su estado de salud es	excelente

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	59.4	TALLA	151	IMC	26.14	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	86	CLASIFICACIÓN	riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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	X

Erica Alejandra Garza R.				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Alejandra Rojas	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1075251730	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5
		CÓDIGO:
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	FO-FR-054
		Fecha: 18/07/2025

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	BETANIA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Bibiana nuera montenegro	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	15/12/84
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	76.430.802	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICIÓN	ninguno	GRUPO ÉTNICO	ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Famisanar
SITUACIÓN LABORAL	Tareas de hogar	NIVEL EDUCATIVO	universidad	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3182608172
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	bibi4275@hotmail.com	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Betania			ZONA	rural
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Betania	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)				TELÉFONO DEL ACUDIENTE	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Jaime Rivera	TELÉFONO CELULAR	313 4365498	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	3
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I		
				1								1	1						

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE						3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE									
1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	no	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	2	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60'	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO		3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL						3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO			
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		3.6. MORBILIDAD REPORTADA											
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?	No	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que puede empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA								3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES					
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. ¿Cómo se ha sentido su estado de salud en estos días?	excelente	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguno	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?		3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	61.5	TALLA	1.56	IMC	26.0	CLASIFICACIÓN	normal	PERÍMETRO DE CINTURA	83	CLASIFICACIÓN	riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	x	
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	x	
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	x	

Bibiana Rivera				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Bibiana nuera	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO	76.430.802	NUMERO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 328

indeportes huila	PROCESO FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
			CÓDIGO:
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		FD-FR-054
			Fecha: 10/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.328	NOMBRE DEL GRUPO	BETANIA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO Ó VEREDA DEL GRUPO	PARQUE	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Solany obando amado	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	20/03/92
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1080185760	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Tecnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	313238 6364
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	— 0 —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Betania			ZONA	rural
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Betania	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)				TELÉFONO DEL ACUDIENTE	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Kelly Johana	TELÉFONO CELULAR	3186063889	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
							1			1			1					2

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE						3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE									
1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	2	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60''	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO		3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL						3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO			
6. ¿A que intensidad realizó la actividad física?	moderado	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verdura consumió en el día?	0	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	No

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		3.6. MORBILIDAD REPORTADA											
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que puede empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA								3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES					
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

	PESO	68	TALLA	1.67	IMC		CLASIFICACIÓN		PERÍMETRO DE CINTURA	86	CLASIFICACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria [illegible] 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, exonero al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de las 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 sociedad [illegible] planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.	X

NOMBRE COMPLETO	Solany amado	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1080185760	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
		CÓDIGO: FD-FR-064
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL
NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO	NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.328	NOMBRE DEL GRUPO	BETANIA FII	TIPO DE GRUPO	REGULAR
COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD		DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE	ESCENARIO	PARQUE	URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Dana yilena mejica	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual
FECHA DE NACIMIENTO	06/01/03	TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1075270479	PAÍS DE NACIMIENTO	colombia
NACIONALIDAD	colombiana	DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICIÓN	ninguno	GRUPO ÉTNICO	ninguno
TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Sisben	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Sanitas	SITUACIÓN LABORAL	Ama de casa	NIVEL EDUCATIVO	tecnico
ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	3157350193	TELÉFONO FIJO	—o—	CORREO ELECTRÓNICO	y-i-lema@hotmail.com
DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Betania	ZONA	rural	COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	inspección	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular
NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)		TELÉFONO DEL ACUDIENTE		EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	wilson gomez	TELÉFONO CELULAR	3157 350193
MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22		

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	5
X	X		X							X		X						

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	no

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	2
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A qué intensidad realiza la actividad física?	moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	2
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	2
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fume en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?.	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	exelente

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna
2. Si su respuesta fue OTRA, menciona ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	98	TALLA	1.55	IMC	30.30	CLASIFICACIÓN	obesidad	PERÍMETRO DE CINTURA	109	CLASIFICACIÓN	riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

NOMBRE COMPLETO	Dana yilena mejia	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1075270479	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

indeportes	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
		CÓDIGO: FD-FR-054
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.328	NOMBRE DEL GRUPO	BETANIA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANS PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Maria mercedes umaña	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	08/09/46
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1080290231	PAÍS DE NACIMIENTO	colombia	NACIONALIDAD	colombiana		
DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICIÓN	ninguno	GRUPO ÉTNICO	ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	comfamiliar
SITUACIÓN LABORAL	Ama de casa	NIVEL EDUCATIVO	bachiller	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	3176626518		
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	— 0 —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	betania	ZONA	rural		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	inspección	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO		NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)		TELÉFONO DEL ACUDIENTE			
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Rosalia Gaspar	TELÉFONO CELULAR	3176676518	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	2
												1	1					

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE / **3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	4	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	1	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	5	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	5	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—												

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO		3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL						3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO			
6. ¿A qué intensidad realiza la actividad física?	moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	4	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días había alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		3.6. MORBILIDAD REPORTADA											
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	6	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que puede empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	No

3.6. MORBILIDAD REPORTADA								3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES					
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	NO	10. Diría [illegible] estado de salud	exelente	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios tres o tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?		3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10
	PESO	68	TALLA	1.66	IMC	24.14	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	98	CLASIFICACIÓN	riesgo	

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la situación 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.	X

Ma Mercedes Umaña				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	maria mercedes U.	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1080290231.	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5
		CÓDIGO:
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	FD-FR-054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2024	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082.215.328	NOMBRE DEL GRUPO	BETANIA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Martha Azucena Diaz	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	30/07/81
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	65708261	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana		
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Sanitas
SITUACIÓN LABORAL	Ama de Casa	NIVEL EDUCATIVO	Primaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1	TELÉFONO CELULAR	3187343348		
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Betania	ZONA	rural		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Inspección	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)		TELÉFONO DEL ACUDIENTE			
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Daniel Triana	TELÉFONO CELULAR	3183743348	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	internet	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
			1									1	1					3

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	2
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedica diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	
6. ¿A qué intensidad realiza la actividad física?	moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	8

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	No
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?	NO
3. ¿Se también le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	No
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	No
10. Diría que su estado de salud es	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Trabajo
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	9

	PESO	89	TALLA	1.53	IMC	86.40	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	120	CLASIFICACIÓN	riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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 [illegible], programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.	X

Martha Azucena					
NOMBRE COMPLETO	MARTHA. DIAZ	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	65708261	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 5
			CÓDIGO: FD-FR-054
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	BETANIA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Kelly Johana Fierro C.	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	31/08/93
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1075774423	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Contributivo	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Ama de Casa	NIVEL EDUCATIVO	bachiller	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3175957722
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	Kjohanafc31@gmail.com	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Betania			ZONA	rural
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	inspensión	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)				TELÉFONO DEL ACUDIENTE	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Edwin Dussan	TELÉFONO CELULAR	3167305891	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneos	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
			3							1		1						5

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	2
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	20"

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	2
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F.
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿Qué intensidad realiza la actividad física?	moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verdura consumió en el día?	1
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. ¿Cómo percibe su estado de salud en…?	exelente

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	69.1	TALLA	1.55	IMC	28.72	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	94	CLASIFICACIÓN	riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria m y 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre los mismos.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de las 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.	X

Kelly Fierro G.				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Kelly Fierro	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1075774423	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 328

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
		CÓDIGO:
FORMATO. FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		FD-FR-054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.328	NOMBRE DEL GRUPO	BETANIA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			[illegible]

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Gabriela montenegro Vargas	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	16/10/98
TIPO DE DOCUMENTO	T.I	NÚMERO DE DOCUMENTO	1082217075	PAÍS DE NACIMIENTO	colombia			NACIONALIDAD	colombiana
DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICIÓN	ninguno	GRUPO ÉTNICO	ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Ecoopsos
SITUACIÓN LABORAL	Estudiante	NIVEL EDUCATIVO	Primaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3174298989
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Betania			ZONA	rural
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Betania	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)				TELÉFONO DEL ACUDIENTE	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Marco Montenegro	TELÉFONO CELULAR	3506188854	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	3
							1					1	1					

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted movió en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. movió diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	no

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60''
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderado

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?.	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	No
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	No
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	No
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	No
9. Si su respuesta anterior fue Si, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Cree que su estado de salud es	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	30	TALLA	1.30	IMC	17.85	CLASIFICACIÓN	delgado	PERÍMETRO DE CINTURA	40
CLASIFICACIÓN	normal								

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de las 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 en planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.	X

Ga MVargas				Oscar Ivan Trujillo Ocamp	
NOMBRE COMPLETO	gabriel montenegro	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1082217075	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215.328

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5
		CÓDIGO:
FORMATO:	FICHA DE INSCRIP / REGISTRO DE USUARIOS	FO-FR-054
		Fecha: 18/07/2025

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082 215 329	NOMBRE DEL GRUPO	BETANIA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FAME PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	romina quesada rumitez	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	9/01/2014
TIPO DE DOCUMENTO	T.I	NÚMERO DE DOCUMENTO	1082217387	PAÍS DE NACIMIENTO	colombia			NACIONALIDAD	colombiana
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Sanitas
SITUACIÓN LABORAL	Estudiante	NIVEL EDUCATIVO	Primaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1			TELÉFONO CELULAR	3206400103
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	— 0 —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Betania			ZONA	rural
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Betania	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)				TELÉFONO DEL ACUDIENTE	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Carmen Oliva	TELÉFONO CELULAR	3206400103	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	0

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE / **3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?		1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?		4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	
												5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE / **3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO** / **3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL** / **3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?		1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?		1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?		3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?		1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?		2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO / **3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?		1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?		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?		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?		4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?		5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?		6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	

3.6. MORBILIDAD REPORTADA / **3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?		8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?		9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?		10. Diría que su estado de salud es		1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios dos a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?		2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?		3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	

	PESO	40	TALLA	130	IMC	23.67	CLASIFICACIÓN	normal	PERÍMETRO DE CINTURA	60	CLASIFICACIÓN	normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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, tal mismo en mi calidad de acudiente de ______________________. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	✓
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	✓

Carmen Oliva Quesada				Oscar Ivan Trujillo	
NOMBRE COMPLETO	cyr oliva	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1082217387	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 329

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 4
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		CÓDIGO: FD-FR-054
			Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	13/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082 215 326	NOMBRE DEL GRUPO	BETANIA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FAN PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			[illegible]

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Camilo rico Perdomo	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	15/06/96
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1080296518	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICIÓN	ninguno	GRUPO ÉTNICO	ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Comfamiliar
SITUACIÓN LABORAL	Trabajar	NIVEL EDUCATIVO	Tecnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3182326461
TELÉFONO FIJO	- o -	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Betania			ZONA	rural
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Betania	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)				TELÉFONO DEL ACUDIENTE	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Maria Antonia Perdomo	TELÉFONO CELULAR	3154795317	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Pentoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
										1		1	1					3

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE					
1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?		3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	
3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE					
1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?		6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderado
3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO					
1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3				
3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL					
1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	2	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	2	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO
3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO					
1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO	3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8
3.6. 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)?	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?.	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SÍ, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	
10. Diría que su estado de salud es	Bueno				
3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES					
1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	trabajo	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?		3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	73	TALLA	1.64	IMC	27.14	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	75	CLASIFICACIÓN	normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 asumiento de __________ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

Camilo Rico				Oscar Ivan Trujillo	
NOMBRE COMPLETO	Camilo rico	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1080296518	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.326

indeportes	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 5
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		CÓDIGO: FD-FR-004
			Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.328	NOMBRE DEL GRUPO	BETANIA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Shiloh Cordoba	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	10/06/2010
TIPO DE DOCUMENTO	T.I	NÚMERO DE DOCUMENTO	107783558	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICIÓN	ninguno	GRUPO ÉTNICO	ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Sanitas
SITUACIÓN LABORAL	Estudiante	NIVEL EDUCATIVO	Primaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3212324987
TELÉFONO FIJO	—0—	CORREO ELECTRÓNICO	—0—	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Betania			ZONA	rural
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Betani	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)				TELÉFONO DEL ACUDIENTE	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Erica Gomez	TELÉFONO CELULAR	3212324982	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	0

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?		4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?		5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO		3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL						3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO			
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?		1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?		1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?		3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?		1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?		2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		3.6. MORBILIDAD REPORTADA											
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?		1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?		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?		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?		4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?		5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?		6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	

3.6. MORBILIDAD REPORTADA								3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES					
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?		8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?		9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?		10. Diría que su estado de salud es		1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?		2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?		3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	

	PESO	73	TALLA	1.64	IMC	27.4	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	79	CLASIFICACIÓN normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 erika gomez ______. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, exonero al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre los mismos.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover o ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

Enca Govet					
NOMBRE COMPLETO	erica gomes	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1077 433558	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 328

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
		CÓDIGO:
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	FD-FR-054
		Fecha: 18/07/2025

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	BETANIA FIT	TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD			
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE	ESCENARIO	PARQUE	URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]				

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Erica Gomes	SEXO DE NACIMIENTO	Mojer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	26/01/75
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	55171817	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana		
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Sanitas
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Tecnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1	TELÉFONO CELULAR	3212324987		
TELÉFONO FIJO	—o—	CORREO ELECTRÓNICO	—o—	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Betania	ZONA	rural		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Betania	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)		TELÉFONO DEL ACUDIENTE			
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Carlos Gomez	TELÉFONO CELULAR	3112324987	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Penfoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	0

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	No
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	N

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	
2. ¿Cuántos días a la semana?	
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	
4. ¿Cuál es la principal actividad física, que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A que intensidad realizó la actividad física?	moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.4 CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8

3.6. 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)?	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?.	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	No
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	
10. Diría que su estado de salud es	Buena

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	74	TALLA	1.71	IMC	25.31	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	71	CLASIFICACIÓN	normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 practica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de ______. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demas normas complementarias	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de las 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.	X

Erika Gomez				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	erika Gomez	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO	55171817	NUMERO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 326

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
			CÓDIGO:
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		FD-FR-054
			Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215 328	NOMBRE DEL GRUPO	BETANIA FIT	TIPO DE GRUPO	REGULAR	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE	ESCENARIO	PARQUE	URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Katerin anaya	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	21/05/08
TIPO DE DOCUMENTO	T. I	NÚMERO DE DOCUMENTO	1075796008	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana		
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Sanitas
SITUACIÓN LABORAL	Estudiante	NIVEL EDUCATIVO	Primaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1	TELÉFONO CELULAR	3153542566		
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	— 0 —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Betania	ZONA	rural		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	betania	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— 0 —	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— —		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Patricia andrade	TELÉFONO CELULAR	3172800783	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	0
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I		

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE / **3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?		1. Durante los últimos 7 días ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?		4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?		5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO		3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL						3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO			
6. ¿A qué intensidad realiza la actividad física?		1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?		1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?		3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?		1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?		2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de esos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		3.6. MORBILIDAD REPORTADA											
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?		1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?		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?.		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?		4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?		5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?		6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	

3.6. MORBILIDAD REPORTADA								3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES					
7. ¿Tiene diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?		8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?		9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?		10. Diría que su estado de salud es		1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?		2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?		3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	

	PESO	73	TALLA	1.64	IMC	24.14	CLASIFICACIÓN	normal	PERÍMETRO DE CINTURA	56	CLASIFICACIÓN normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	x
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a la entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demas normas complementarias	x
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	x

Katerin Anaya					
NOMBRE COMPLETO	Katerin anaya	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1075796008	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 328

INDEPORTES	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5
		CÓDIGO: FD-FR-004
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215.328	NOMBRE DEL GRUPO	BETANIA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE, FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	estefany yulieth anaya	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	21/05/12
TIPO DE DOCUMENTO	T.I	NÚMERO DE DOCUMENTO	1003951180	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICIÓN	ninguno	GRUPO ÉTNICO	ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Sanitas
SITUACIÓN LABORAL	Estudiante	NIVEL EDUCATIVO	Primaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1			TELÉFONO CELULAR	3153592356
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Betania			ZONA	rural
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Betania	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— - —			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— - —
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Patricia Andrade	TELÉFONO CELULAR	3172800783	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I		0

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	
2. ¿Cuántos días a la semana?	
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	
2. ¿Cuántos días a la semana?	
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	

3.6. 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)?	
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?.	
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	
9. Si su respuesta anterior fue SÍ, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	
10. Diría que su estado de salud es	

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	

PESO	50	TALLA	1.30	IMC	26.10	CLASIFICACIÓN	normal	PERÍMETRO DE CINTURA	61	CLASIFICACIÓN	normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, exonero al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre los mismos	✓
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	✓
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	✓

estefany Yoleth a.				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	estefany anaya	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1003951180	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5
		CÓDIGO: FD-FR-054
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha: 18/07/2025

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL
NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO						
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215.328	NOMBRE DEL GRUPO	BETANIA FIT	TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE	ESCENARIO	PARQUE	URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Patricia Coadrado Suarez	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	26/12/76
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	55165939	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana		
DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICIÓN	ninguno	GRUPO ÉTNICO	ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Comfamiliar
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Tecnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1	TELÉFONO CELULAR	3153592356		
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	— 0 —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Betania	ZONA	rural		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Betania	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	—	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Nestor Rojas	TELÉFONO CELULAR	3115640208	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
							1					1	1					3

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	SI
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderado

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?.	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que puede empeorarse con la actividad física?	No
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	No
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	
10. Diría que su estado de salud es	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios dos a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	81	TALLA	1.65	IMC	29.8	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	90	CLASIFICACIÓN	riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, exonero al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre los mismos.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

Patricia Andrade					
NOMBRE COMPLETO	Patricia andrade s	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	55165939	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215 328

mindeporte	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5
		CÓDIGO: FO-PR-054
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.328		NOMBRE DEL GRUPO		BETANIA FIT	TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE		ESCENARIO		PARQUE	URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):		[illegible]	

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	oliva ramirez cordoba	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	24/06/87
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1082214516	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Sanitas
SITUACIÓN LABORAL	tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Tecnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1			TELÉFONO CELULAR	310 640 0103
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	— 6 —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Betania			ZONA	rural
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Betania	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	—			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Sergio Torres	TELÉFONO CELULAR	3206400103	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
	\			\								\	\					4

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	

3.2 ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?		4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	

3.2 ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO		3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL						3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO			
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de esos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		3.6. MORBILIDAD REPORTADA											
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?.	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA								3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES					
7. ¿Tiene diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?		10. Diría que su estado de salud es	exelente	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?		3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

	PESO	26	TALLA	1.15	IMC	19.66	CLASIFICACIÓN	normal	PERÍMETRO DE CINTURA	40	CLASIFICACIÓN normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X	
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X	
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, los 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.	X	

Ga Oliva Cordoba		Oscar Ivan Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO: oliva oliva	NOMBRE COMPLETO	NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO: 1082214516	NÚMERO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.082.215.328

MINDEPORTE	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
		CÓDIGO:
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	FD-FR 054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.326	NOMBRE DEL GRUPO		BETANIA FIT		TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE	ESCENARIO		PARQUE		URL GRUPO AF (FAME PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):		[illegible]	

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	dilneya collazos Tamayo	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	21/05/91
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1082215357	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	colombiana
DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICIÓN	ninguno	GRUPO ÉTNICO	ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Sanitas
SITUACIÓN LABORAL	Trabaja	NIVEL EDUCATIVO	Profesional	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1			TELÉFONO CELULAR	3154307778
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	[illegible]@gmail.com	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Betania			ZONA	
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	betania	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	—			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Sergio Fierro	TELÉFONO CELULAR	3104472421	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I		3
				1								1	1						

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE						3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE									
1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	N°	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60'	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO		3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL						3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO			
6. ¿A qué intensidad realiza la actividad física?	moderado	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	1	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días había alguien en su casa que fumó en su presencia?	No

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		3.6. MORBILIDAD REPORTADA											
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	No	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA								3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES					
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguno	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

	PESO	73	TALLA	1.64	IMC	27.14	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	81	CLASIFICACIÓN	negado

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, exonero al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre los mismos	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

Dilneyi Collazos				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Dilneya Collazos	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1082215357	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.326

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		CODIGO: FD-FR-054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	BETANIA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	edna rocio fierro bongacu.	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino		ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO 31/12/97
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1082216829	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia		NACIONALIDAD	colombiana	
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidio	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Tecnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2		TELÉFONO CELULAR	3156453540	
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	— 0 —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Betania		ZONA	rural	
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Betania	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	—		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Luz Dary 6.	TELÉFONO CELULAR	3187091032	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			60 y mas de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	3
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I		
										I		I							

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	no

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	2
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderado

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	0
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8

3.6. 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)?	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?.	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorar con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguno
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	75.8	TALLA	168	IMC	28.14	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	75	CLASIFICACIÓN	riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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	X

Edna Rocio Fierro G				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Edna Rocio Fierro	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1082216829	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

mindeporte	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
		CÓDIGO: FD-FR-054
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.328	NOMBRE DEL GRUPO	BETANIA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANS PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	María Didiana Alarcon	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	26/07/83
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	36.317784	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICIÓN	ningono	GRUPO ÉTNICO	ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidio	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Tecnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3188096548
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Betania			ZONA	rural
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	betania	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	—			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Patricia Alarcon	TELÉFONO CELULAR	3165716118	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
				1								1	1					3

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE / **3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	60"
1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE / **3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO** / **3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL** / **3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

6. ¿A qué intensidad realiza la actividad física?	moderado
1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2
1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	0
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO
1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días había alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO / **3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7
1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA / **3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	Bueno
1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios uno a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguno
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física uno a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	53.8	TALLA	1.55	IMC	26.19	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	76	CLASIFICACIÓN	normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a los contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover o ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

María Didiana A.				Oscar Ivan Trujillo	
NOMBRE COMPLETO	María Didiana A	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	36 317 948	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5
		CÓDIGO
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	FD-FR-054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	BETANIA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANS PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Valentina Pinzón Saavedra	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	18/03/95
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1075287078	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Ecoopsos
SITUACIÓN LABORAL	trabaja	NIVEL EDUCATIVO	Profesional	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3156453518
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Betania			ZONA	rural
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Betania	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	—			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Nohora Savedra	TELÉFONO CELULAR	3156453518	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	3
							1					1	1					

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE						3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE									
1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	2	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO		3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL						3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO			
5. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderado	1. ¿Durante los últimos 7 días ¿cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	4	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	0	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		3.6. MORBILIDAD REPORTADA											
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?.	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que puede empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA								3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES					
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Cree que su estado de salud es	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Trabajo	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	-	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	73	TALLA	1.64	IMC	27.4	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	81	CLASIFICACIÓN	riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	X	
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	X	
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual acerca de las 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	X	

Valentina Pinzon S				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Valentina Pinzon	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1075287028	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 328

HUILA
Activo y Saludable

YAGUARÀ RUNNERS

Lunes y Jueves 7:30 pm
Sabado 6:00 AM

Monitor Oscar Iván Trujillo

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		CÓDIGO: FD-FR-054
			Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRAC. JAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082 215.328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ RUNER			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	MALECON	ESCENARIO	PLACA DEPORTIVA			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Osc. Mora [illegible]	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	21/11/91
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	[illegible]	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguno	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Trabajador	NIVEL EDUCATIVO	Básica primaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3125678918
TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Carrera 2 # 5 - 17			ZONA	Urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	[illegible]	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	—			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	[illegible]	TELÉFONO CELULAR	3125678918	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	[illegible]	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Sí	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	21

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
												1	1					2

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	SI
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	[illegible]
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1
7. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de esos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?.	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	[illegible]
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	NO

PESO	93	TALLA	165	IMC	775	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	90	CLASIFICACIÓN	Riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO. Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	[illegible]	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	[illegible]	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
			CÓDIGO: FD-FR-064
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2024	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082 216.328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ RUNER			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	MALECON	ESCENARIO	PLACA DEPORTIVA			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Luisa Tovar Rivas	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	19/01/200
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	1082217298	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Trabajador	NIVEL EDUCATIVO	Técnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3153151404
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 7 # 7-30			ZONA	Urbano
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Guayabal	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— o —			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Blanca Rivas	TELÉFONO CELULAR	3105110102	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	26

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	3
												1	2					

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE						3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE									
1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	[illegible]	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO		3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL						3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO			
6. ¿A que intensidad realizó la actividad física?	Moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	0	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	2	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		3.6. MORBILIDAD REPORTADA											
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?,	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA								3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES					
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	Excelente	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	68	TALLA	170	IMC	24.2	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	65	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	x	
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	x	
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	x	

Luisa Tovar Rivas				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Luisa Rivas	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1082217298	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.216.328

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5 CÓDIGO:
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	FD-FR-054 Fecha: 10/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ RUNER			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	MALECON	ESCENARIO	PLACA DEPORTIVA			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Paula Dussan	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	24/04/2002
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	1004225394	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Trabajar	NIVEL EDUCATIVO	Técnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3172784715
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 3 # 4-73			ZONA	Urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Trinidad	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— o —			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Henry Dussan	TELÉFONO CELULAR	3209142266	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Si	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I		2
												/	/						

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE / **3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	3	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	Caminar c/ Gym AF	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE / **3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO** / **3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL** / **3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

6. ¿A que intensidad realizó la actividad física?	moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	0	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	No	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como cigarrillos, puros o pipas?	No	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	No

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO / **3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?.	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA / **3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	66	TALLA	1.65	IMC	24.2	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	78	CLASIFICACIÓN	Riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgo cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, exonero al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre los mismos.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de las 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.	X

				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Paula Dussan	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1004225394	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5
		CÓDIGO: FD-FR-054
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.326	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ RUNER			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	MALECON	ESCENARIO	PLACA DEPORTIVA			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Luz Margareth Tovar	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino		ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO 02/03/89
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1082214822	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia		NACIONALIDAD	Colombiana	
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Asmet Salud
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Técnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2		TELÉFONO CELULAR	3229232045	
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Carrera 8 # 6-81		ZONA	Urbana	
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Guayabal	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— o —		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Nieri Ramirez	TELÉFONO CELULAR	3133478543	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	25

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	2
												1	1					

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al Grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A que intensidad realiza la actividad física?	moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	0
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguno
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	70	TALLA	1.69	IMC		CLASIFICACIÓN		PERÍMETRO DE CINTURA	64
CLASIFICACIÓN	Normal								

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	✓
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	✓

Luz Margareth Tovar				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Luz Mag Tovar	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1082214822	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.326

mindeporte	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
		CÓDIGO:
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	FD-FR-054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082 215.328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ RUNER			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	MALECON	ESCENARIO	PLACA DEPORTIVA			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			[illegible]

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Adriana Yuley Chila	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenina		ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO 23/05/91
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1082217185	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia		NACIONALIDAD	Colombiana	
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Contributivo	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Sanitas
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Técnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2		TELÉFONO CELULAR	3123437968	
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 4 # 14-74		ZONA	Urbana	
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Cidadela San Pedro	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— o —		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Margoth Tovar	TELÉFONO CELULAR	3229072295	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	SI	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	26

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	2
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I		
									1	1									

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE / **3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	0	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	SI	2. ¿Cuántos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A-F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE / **3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO** / **3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL** / **3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

6. ¿A qué intensidad realiza la actividad física?	moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	0	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumirla y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO / **3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?.	NO	3. ¿Un médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA / **3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	72	TALLA	165	IMC		CLASIFICACIÓN		PERÍMETRO DE CINTURA	76	CLASIFICACIÓN	Riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre los mismos.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidades 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.	X

Adriana Manchola				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	adriana Manchola	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1032-217185	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215.328

mindeporte	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
		CÓDIGO: FD-FR-054
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha: 16/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082 215.328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ RUNER			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	MALECON	ESCENARIO	PLACA DEPORTIVA			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Gonela Collazos	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	22/12/11
TIPO DE DOCUMENTO	T.I	NÚMERO DE DOCUMENTO	1130024245	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana		
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Estudia	NIVEL EDUCATIVO	Secundaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	320800 6579		
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 5 # 15-48	ZONA	Urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Ciudadela	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	Jhon Jairo	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	3208006579		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Jhon Jairo	TELÉFONO CELULAR	3208006579	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	25

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	3
							/					/	/					

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. invirtió diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?		4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?		5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	
5. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?									

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?		3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?		2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?		3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	

3.6. 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)?		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?.		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?		4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?		6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?		7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?		8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?		10. Diría que su estado de salud es					

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?		2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?		3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	

PESO	63	TALLA	1.66	IMC		CLASIFICACIÓN		PERÍMETRO DE CINTURA	65	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, exonero al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	Y
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	x
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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	»

Gonela Collazos				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Gonela Collazos	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	11300 24245	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 5
			CÓDIGO:
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		FD-FR-054
			Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ RUNER			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	MALECON	ESCENARIO	PLACA DEPORTIVA			URL GRUPO AF (FANS PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Jessica Ocampo	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino		ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO 29/04/93
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	1082215762	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia		NACIONALIDAD	Colombiana	
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Sanitas
SITUACIÓN LABORAL	Trabajar	NIVEL EDUCATIVO	Profesional	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2		TELÉFONO CELULAR	320359 7688	
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— — —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 8 # 15-10		ZONA	urbano	
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Ciudadela	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— o —		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Antonio Ocampo	TELÉFONO CELULAR	316 9304020	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	25

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	8
									/	/								

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE / **3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo AF	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE / **3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO** / **3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL** / **3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

6. ¿A qué intensidad realiza la actividad física?	moderad	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	2	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO		

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO / **3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA / **3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	64	TALLA	1.67	IMC	22.4	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	60	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, el ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X	
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X	
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X	

Jessica Ocampo				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Jessica Ocampo	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1082215762	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 8
		CÓDIGO: PD-FR-054
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.081.215.328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ RUNER			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	MALECON	ESCENARIO	PLACA DEPORTIVA			URL GRUPO AF (FANS PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Elizabeth [illegible]	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	03/08/12
TIPO DE DOCUMENTO	T.I	NÚMERO DE DOCUMENTO	1032216057	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Estudiar	NIVEL EDUCATIVO	Secundaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3174728866
TELÉFONO FIJO	— - —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Carrera 9 # 6-58			ZONA	Urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	San Carlos	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	Norma Ocampo			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	3174728366
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Norma Ocampo	TELÉFONO CELULAR	3174728866	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	25

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	3
							1					1	1					

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE						3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE									
1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	-	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. En promedio, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?		4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?		5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO		3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL						3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO			
6. ¿A que intensidad realizó la actividad física?		1. ¿Durante los últimos 7 días cuanto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?		1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?		3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?		1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?		2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		3.6. MORBILIDAD REPORTADA											
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?		1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?		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?.		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que puede empeorarse con la actividad física?		4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?		5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?		6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	

3.6. MORBILIDAD REPORTADA								3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES					
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?		8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?		9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?		10. Diría que su estado de salud es		1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 50 minutos?		2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?		3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 50 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	

PESO	55	TALLA	1.65	IMC	20.2	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	70	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	X	
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	X	
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X	

Norma Ocampo Toro				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Norma Ocampo Toro	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO	1.081.215.328

indeportes huila	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
		CÓDIGO: FD-FR-064
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha: 10/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2024	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215.326	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ RUNER			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	MALECON	ESCENARIO	PLACA DEPORTIVA			URL GRUPO AF (FANS PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			[illegible]

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Marco Antonio Trujillo	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino		ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO 16/07/87
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1082214607	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia		NACIONALIDAD	Colombiana	
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Contributivo	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Tdi Huila
SITUACIÓN LABORAL	Trabajador	NIVEL EDUCATIVO	Profesional	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2		TELÉFONO CELULAR	3112437118	
TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 1 # 8-11		ZONA	Urbana	
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Los Mercedes	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	—		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Mario Ocampo	TELÉFONO CELULAR	320415071	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	25

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	2
			/									/						

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	Grupo de AF
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	0
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	2
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?.	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguna
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	40	TALLA	1.75	IMC	21.8	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	70	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	x
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	x
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	x

Marco Antonio Trujillo Ocampo

Oscar Ivan Trujillo Ocampo

NOMBRE COMPLETO	Marco Trujillo	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1082214607	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.326

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 5
		CÓDIGO:
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		FD-FR-054
		Fecha: 19/02/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.320	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ RUNER			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	MALECÓN	ESCENARIO	PLACA DEPORTIVA			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			[illegible]

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Laura Valentina Vivas	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	04 0[illegible]/11
TIPO DE DOCUMENTO	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	1130024144	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Estudiar	NIVEL EDUCATIVO	Secundaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	— 0 —
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	— 0 —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 6 # 7-75			ZONA	Urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Los Pinos	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	Rosa Aldana			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	3185118081
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Lucia Osorio	TELÉFONO CELULAR	3185118081	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	25

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	3
							/					/	/					

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?		4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?		5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	
6. ¿A qué intensidad realiza la actividad física?									

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?		3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?		2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?		3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	

3.6. 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)?		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?.		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?		4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?		5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?		7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?		8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?		9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?		10. Diría que su estado de salud es	

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?		2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?		3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	

PESO	54	TALLA	1.63	IMC	20.3	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	62	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la *Política de tratamiento de datos personales* del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

Laura Osorio				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Lucia Osorio	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	26 [illegible] 201	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.320

indeportes huila	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
		CÓDIGO:
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	FD-PR-054
		Fecha: 16/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.326	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ RUNER			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	MALECON	ESCENARIO	PLACA DEPORTIVA			URL GRUPO AF (FAME PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Yina Marcela Jovel	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	22/1/97
TIPO DE DOCUMENTO	Cc	NÚMERO DE DOCUMENTO	1082216801	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana		
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguno	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Tecnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	320 935 7481		
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 5B# 12-51	ZONA	Urbano		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Guadalupe	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— o —	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Luisa Fernanda	TELÉFONO CELULAR	320935 7481	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	25

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I		3
							1					1	1						

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	Ocasión el Grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A que intensidad realiza la actividad física?	moderad

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?.	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que puede empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es:	Excelente

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguna
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	59	TALLA	1.61	IMC	27.1	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	66
CLASIFICACIÓN	Riesgo								

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los cursos 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre los mismos.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

Yina Marcela Jovel				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Yina Jovel	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1082216801	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.326

indeportes	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5
		CÓDIGO:
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	FD-FR-054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.308		NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ RUNER		TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	MALECON		ESCENARIO	PLACA DEPORTIVA		URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Samantha Sanchez	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual
						FECHA DE NACIMIENTO	01/03/13
TIPO DE DOCUMENTO	T. I	NÚMERO DE DOCUMENTO	1032216177	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado
						NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Estudiante	NIVEL EDUCATIVO	Secundaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	— o —
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 5B # 12-51	ZONA	Urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	San Pedro	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	Yina Jovel	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	320 975 7481
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Yina Jovel	TELÉFONO CELULAR	3207757481	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si
						DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	25

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	2
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I		
							/						/						

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	-

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?		4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?		5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?									

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?		3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?		2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de esos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?		3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	

3.6. 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)?		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?.		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que puede empeorarse con la actividad física?	
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?		5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?		6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?		8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?		9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	
10. Diría que su estado de salud es					

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?		2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?		3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	

PESO	35	TALLA	1.22	IMC	24 4	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	40	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los cursos 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover o realizar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

Yina Macela Jovel				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Yina Jovel	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1082216800	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.308

Indeportes	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		CÓDIGO: FD-FR-054
			Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ RUNER			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	MALECON	ESCENARIO	PLACA DEPORTIVA			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Ana Rocio Villegas	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual
						FECHA DE NACIMIENTO	22/05/97
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1032217132	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado
						NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Trabajar	NIVEL EDUCATIVO	Profesional	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	3124790507
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 4 # 4 - 7A	ZONA	Urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Cr Pin 2	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— o —	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Alba Rocio	TELÉFONO CELULAR	3124790507	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Periferico	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si
						DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	25

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
												4	2					2

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE / **3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	Grupo de AF / clase de A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—												

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE / **3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO** / **3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL** / **3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	2	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO / **3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que puede empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA / **3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es:	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	65	TALLA	155	IMC	23.1	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	30	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los cursos 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de las 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	X

Oscar Ivan Trujillo Ocampo

NOMBRE COMPLETO	Ana Villegas	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1032207432	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5
		CÓDIGO FO-FR-054
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ RUNER			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	LIAL ECON	ESCENARIO	PLACA DEPORTIVA			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Diana Lucia Parra	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenina	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	17/10/92
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1032215626	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia		NACIONALIDAD	Colombiana	
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD		NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Asmet Salud
SITUACIÓN LABORAL	Trabajador	NIVEL EDUCATIVO	Técnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2		TELÉFONO CELULAR	3186991093	
TELÉFONO FIJO	— —	CORREO ELECTRÓNICO	— —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 3 # 13-45		ZONA	Urbana	
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Villa Laura	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— —		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— —	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Marco Trujillo	TELÉFONO CELULAR	3112937148	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifonio	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	26

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	2
												1	1					

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE / **3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	[illegible]	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO		3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL						3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO			
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	2	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		3.6. MORBILIDAD REPORTADA											
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?.	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA								3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES					
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	70	TALLA	167	IMC	26	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	85	CLASIFICACIÓN	Riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre los mismos.	x	
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	x	
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	x	

Diana Parra				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Diana Parra	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO	1032215626	NUMERO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 8
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		CÓDIGO: FD-FR-054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ RUNER			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	MALECON	ESCENARIO	PLACA DEPORTIVA			URL GRUPO AF (FANS PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Maria Fernanda Tovar	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	16/03/94
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	1084925761	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Trabajar	NIVEL EDUCATIVO	Técnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3149223501
TELÉFONO FIJO	— —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 6 #6-03			ZONA	urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	las Mercedes	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— o —			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Oscar Trujillo	TELÉFONO CELULAR	3204115091	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	25

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
				1								1	1					3

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	110

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	Grupo de A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A qué intensidad realiza la actividad física?	moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	0
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez servida en la mesa para consumirla y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?.	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que puede empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	No
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguno
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	66	TALLA	165	IMC	238	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	70	CLASIFICACIÓN	normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promocionar e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de las 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.	✓

Maria Fernanda Tovar				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Maria Fernanda Tovar	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1084925961	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 5
		CÓDIGO:
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		FD-FR-054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082 218.326	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ RUNER			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	MALECÓN	ESCENARIO	PLACA DEPORTIVA			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Martina Ruiz Tovar	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	20/01/10
TIPO DE DOCUMENTO	T I	NÚMERO DE DOCUMENTO	1034976158	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia		NACIONALIDAD	Colombiana	
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Estudiante	NIVEL EDUCATIVO	Primaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2		TELÉFONO CELULAR	— o —	
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 6 # 6-03		ZONA	urbana	
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	los Mercedes	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	Maria Tovar		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	314 422 3501	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Mari Tovar	TELÉFONO CELULAR	314422 3501	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	25

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
				1								1	1					3

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?		4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?		5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?									

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?		3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?		2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días había alguien en su casa que fumó en su presencia?		3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	

3.6. 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)?		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?.		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?		5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?		6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?		8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?		9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	
10. Cree que su estado de salud es					

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?		2. Si su respuesta fue OTRA, menciona ¿cuál otra barrera?		3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	

PESO	40	TALLA	1 30	IMC	23 2	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	60	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

Mari Fernanda Tovar				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	María Tovar	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1534913671	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.218.326

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5 CÓDIGO: FD-FR-054
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha: 16/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ RUNER			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	MALECON	ESCENARIO	PLACA DEPORTIVA			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Jhoan Sebastian Polo	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	02/12/95
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1082216337	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana		
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Trabajar	NIVEL EDUCATIVO	Técnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	3184541962		
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	— 0 —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cll. 5A # 5-48	ZONA	Urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Guayabal	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— 0 —	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— 0 —		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Maria del Carmen	TELÉFONO CELULAR	3124436580	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	SI	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	25

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	2
									1	1								

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	SI
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	Ejer. c/ Grp A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderado

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	0
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	2
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	NO

3.6. 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)?	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?	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguno
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	1.68	TALLA	71	IMC	25.1	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	81	CLASIFICACIÓN	Riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio por COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre los mismos.	x	
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	x	
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover o divulgar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de las 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.	x	

				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Jhon Polo	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	108216339	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		CÓDIGO: FO-FR-054
			Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2024	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ RUNER			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	MALECON	ESCENARIO	PLACA DEPORTIVA			URL GRUPO AF (FANS PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Cristian Camilo Trujillo	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	12/29/09
TIPO DE DOCUMENTO	T I	NÚMERO DE DOCUMENTO	1130024199	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana		
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Estudiar	NIVEL EDUCATIVO	Secundaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	— o —		
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Carrera 10A # 7-28	ZONA	Urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Yaguará	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	Belquis Fierro	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	314 342 9178		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Belquis Fierro	TELÉFONO CELULAR	3143429178	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	25

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	2
						/			/				I					

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE						3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE									
1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?		1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?		4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?		5. Si su respuesta anterior fue OTRA, menciónela ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO		3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL						3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO			
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?		1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?		1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?		3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y sin probarla?		1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?		2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		3.6. MORBILIDAD REPORTADA											
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?		1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?		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?.		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que puede empeorarse con la actividad física?		4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?		5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?		6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como, dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	

3.6. MORBILIDAD REPORTADA								3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES					
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?		8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?		9. Si su respuesta anterior fue SÍ, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?		10. Diría que su estado de salud es		1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?		2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?		3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	

	PESO	55	TALLA	162	IMC	20.9	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	50	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.

AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.

Cristian Camilo Trujillo				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Cristian Camilo	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO	1130024199	NUMERO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
		CÓDIGO: FD-FR-054
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ RUNER			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	MALECON	ESCENARIO	PLACA DEPORTIVA			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Magnolia Orama Mendez	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	15/01/97
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1060207067	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Oficios del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Técnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3124114491
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Carrera 12 # 7 - 49			ZONA	Urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	[illegible]	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— - —			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	John Carvajal	TELÉFONO CELULAR	312 411 4491	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Sí	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	23

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	3
			/							/		/						

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. asistió diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	SI	2. ¿Cuántos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	[illegible] Gym A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO		3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL						3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO			
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	Moderado	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		3.6. MORBILIDAD REPORTADA											
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?.	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA								3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES					
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	60	TALLA	166	IMC	21 7	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	60	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre los mismos	✓
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	✓
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	✓

Magnolia Mendez				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Magnolia Mendez	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1060207060	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5 CÓDIGO: FD-FR-054
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2024	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRAC	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ RUNER			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	MALECÓN	ESCENARIO	PLACA DEPORTIVA			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Jovan Carvajal Pascon	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	20/1/34
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	7729826	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia		NACIONALIDAD	Colombiana	
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Trabajador	NIVEL EDUCATIVO	Técnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2		TELÉFONO CELULAR	3124114491	
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Carrera 12 # 7-49		ZONA	Urbana	
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	[illegible]	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— o —		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Magnolia Méndez	TELÉFONO CELULAR	3124114491	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Periférico	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Sí	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	25

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	3
			1							1		1						

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE / 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo UD. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	SI	2. ¿Cuántos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	Gim. al aire L.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE / 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO / 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL / 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	2	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, aun sin haberla probado?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO / 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?.	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	6. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA / 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios uno a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física uno a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	80	TALLA	174	IMC	26.4	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	70	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	Y	
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y comunidades a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	✓	
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	✓	

				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	[illegible]	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	7729826	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
		CÓDIGO: FD-FR-054
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		Fecha: 10/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082 215.328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ RUNER			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	MALECON	ESCENARIO	PLACA DEPORTIVA			URL GRUPO AF (FANS PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Edward Carvajal	SEXO DE NACIMIENTO	Masculino	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	25-05-18
TIPO DE DOCUMENTO	T.I	NÚMERO DE DOCUMENTO	1082217341	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana		
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Estudiar	NIVEL EDUCATIVO	Primaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	— — —		
TELÉFONO FIJO	— — —	CORREO ELECTRÓNICO	— — —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Carrera 12 # 3-49	ZONA	urbano		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Ciudadela	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	Magnolia Mendez	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	3124114471		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Magnolia Mendez	TELÉFONO CELULAR	3124114491	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	SI	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	25

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	3
				1								1	1					

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	
2. ¿Cuántos días a la semana?	
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	

3.2 ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	
2. ¿Cuántos días a la semana?	
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	

3.6. 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)?	
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?.	
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	
9. Si su respuesta anterior fue SÍ, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	
10. Diría que su estado de salud es	

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	

PESO	25	TALLA	115	IMC	16.5	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	25	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	Y	
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X	
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	λ	

Magnolia Mendez				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	magnolia mendez	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1082217341	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082 215 328

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 5
		CÓDIGO: FD-FR-054
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.326	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ RUNER			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	MALECON	ESCENARIO	PLACA DEPORTIVA			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Alejandra aguirre	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenina	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	07/10/48
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	1032217022	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Contributivo	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Sanitas
SITUACIÓN LABORAL	Trabajar	NIVEL EDUCATIVO	Tecnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	302 348 6142
TELÉFONO FIJO	— - —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Carrera 2 # 11-13			ZONA	Urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Ciudadela	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— o —			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Dinas Bastidas	TELÉFONO CELULAR	3023456142	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	25

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
				/						/								2

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE						**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**			
1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al Grp A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—				
3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		**3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO**		**3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL**				**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**	
6. ¿A qué intensidad realiza la actividad física?	moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumirla y antes de probarla?	NO
1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO						
3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**							
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO						
3.6. MORBILIDAD REPORTADA						**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**			
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguno
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10						
PESO	70	TALLA	168	IMC	24.8	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	10
CLASIFICACIÓN	Normal								

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los cursos 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

Alejandra Aguirre				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Alejandra aguirre	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1032217022	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.326

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5
		CÓDIGO:
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	FD-FR-054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ RUNER			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	MALECÓN	ESCENARIO	PLACA DEPORTIVA			URL GRUPO AF (FANS PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Lua Bastidas Aguirre	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenina		ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO 25/04/017
TIPO DE DOCUMENTO	T I	NÚMERO DE DOCUMENTO	1032217137	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia		NACIONALIDAD	Colombiana	
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Estudiar	NIVEL EDUCATIVO	Primaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2		TELÉFONO CELULAR	— o —	
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 11 # 11-15		ZONA	Urbana	
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Guadalupe	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de un menor de edad)	Alejandra Aguirre		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	3023486142	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Alejandra Aguirre	TELÉFONO CELULAR	3023486142	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	25

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
				1									1					2

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE						3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE									
1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?		1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?		4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?		5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO		3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL						3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO			
4. ¿A qué intensidad realiza la actividad física?		1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?		1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?		3. ¿Usted le [illegible] sal a la comida, usa [illegible] salero para consumir y [illegible]?		1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?		2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		3.6. MORBILIDAD REPORTADA											
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?		1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?		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?		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?		4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?		5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?		6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	

3.6. MORBILIDAD REPORTADA								3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES					
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?		8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?		9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?		10. Diría que su estado de salud es		1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?		2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?		3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	

PESO	45	TALLA	1.34	IMC	23.2	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	58
						CLASIFICACIÓN	Normal		

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerce 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y usar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover o ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de las 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.	X

Alejandra Aguirre				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Alejandra Aguirre	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1082174360	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 5
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		CÓDIGO: FD-FR-054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.326	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ RUNER			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	MALECON	ESCENARIO	PLACA DEPORTIVA			URL GRUPO AF (FANS PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Ashly Brigel Saavedra	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	28/05/2004
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1193128718	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia		NACIONALIDAD	Colombiana	
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Trabajo	NIVEL EDUCATIVO	Técnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2		TELÉFONO CELULAR	3183469338	
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 3 # 15-29		ZONA	urbana	
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	villa lucia	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— o —		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Astrid Trujillo	TELÉFONO CELULAR	318 7463938	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	25

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	2
				1						1								

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE / **3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al Grupo AF
												5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE / **3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO** / **3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL** / **3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	0	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO / **3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?.	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA / **3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguno	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	70	TALLA	1.60	IMC	273	CLASIFICACIÓN	sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	75	CLASIFICACIÓN	Riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre los mismos.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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	X

				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Ashly Brigel Saavedra	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1193128718	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.326

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6 CÓDIGO: FD-FR-064
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.216.328	NOMBRE DEL GRUPO		YAGUARÁ RUNER		TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	MALECON	ESCENARIO		PLACA DEPORTIVA		URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Magnolia Cerquera	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	25/08/83
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	1032219105	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Trabajar	NIVEL EDUCATIVO	Profesional	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3133169438
TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle A # 5-70			ZONA	Urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	La Victoria	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	—			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Mary Araujo	TELÉFONO CELULAR	3125123202	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	25

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	3
				1			1						1					

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	grupo de AF
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	Moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?.	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	Excelente

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguno
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	75	TALLA	1.65	IMC	27.5	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	93	CLASIFICACIÓN	Riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los cursos 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre los mismos	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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	X

				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Magnolia Cerquera	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1032215185	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.216.328

PROCESO	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 5
			CÓDIGO:
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		FD-FR-054
			Fecha: 10/02/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL
NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO						
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082 215.328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ RUNER	TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	MALECON	ESCENARIO	PLACA DEPORTIVA	URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Isabel Quintero	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenina	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	16/08/13
TIPO DE DOCUMENTO	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	1032216240	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana		
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Estudiar	NIVEL EDUCATIVO	Secundaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	— 0 —		
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	— — —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 4 # 5-70	ZONA	Urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	La Victoria	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	Magnolia Cerquera	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	313 376 9438		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Magnolia Cerquera	TELÉFONO CELULAR	3133769438	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Teléfono	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	23

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	3
				/			/						/					

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	
2. ¿Cuántos días a la semana?	
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	
2. ¿Cuántos días a la semana?	
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	

3.6. 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)?	
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?.	
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	
10. Diría que su estado de salud es	

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	

PESO	55	TALLA	1.65	IMC	20.2	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	60	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de las 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	X

				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Magnolia Cerquera	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1082213165	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 328

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 8
			CÓDIGO:
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		FD-FR-054
			Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ RUNER			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	MALECÓN	ESCENARIO	PLACA DEPORTIVA			URL GRUPO AF (FANS PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Maria Isabel Sanchez	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	03/06/10
TIPO DE DOCUMENTO	T.I	NÚMERO DE DOCUMENTO	1076907051	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana		
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Estudia	NIVEL EDUCATIVO	Secundaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	—		
TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Carrera 7 # 6-24	ZONA	Urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Guayabal	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	Lina Jovel	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	3209759307		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Lina Jovel	TELÉFONO CELULAR	3209759307	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	25

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	3
							/					/	/					

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE						3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE									
1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?		1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?		4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?		5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO		3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL						3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO			
6. ¿A que intensidad realizó la actividad física?		1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?		1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?		3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?		1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?		2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		3.6. MORBILIDAD REPORTADA											
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?		1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?		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?.		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?		4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?		5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?		6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	

3.6. MORBILIDAD REPORTADA								3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES					
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?		8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?		9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?		10. Diría que su estado de salud es		1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?		2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?		3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	

PESO	55	TALLA	1.65	IMC	21.5	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	66	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre los mismos.	X	
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X	
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover [illegible] las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con el aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física [illegible] calidad de vida, bienestar y salud de las personas.	X	

Lina Jovel				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Lina Jovel	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	25306170	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
		CÓDIGO: FD-FR-054
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082 215 326	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ RUNER			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	MALECON	ESCENARIO	PLACA DEPORTIVA			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Stefany Mendola	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	28/02/02
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	1003405109	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana		
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Trabajar	NIVEL EDUCATIVO	Universitario	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	313 7315797		
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 5A # 5-62	ZONA	Urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Cuyabal	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— o —	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Milena Tovar	TELÉFONO CELULAR	313 7315797	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	25

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
										1		1	1					3

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	SI	2. ¿Cuántos días a la semana?	60	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	Asist al Grup AF	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A que intensidad realizó la actividad física?	Moderada								

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted [illegible] la comida, una [illegible] para consumir y [illegible] prepararla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO	3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8

3.6. 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)?	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?.	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que puede empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO	7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	Bueno				

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	55	TALLA	165	IMC	22.5	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	69	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre los mismos.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y consultores a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Stefany Mendola	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1004305109	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.326

indeportes Huila	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5
		CÓDIGO: FD-FR-054
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ RUNER			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	MALECON	ESCENARIO	PLACA DEPORTIVA			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Margarita Zuñiga	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	19/12/91
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	1082215325	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana		
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Trabajo	NIVEL EDUCATIVO	Técnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	3153455[illegible]		
TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 8 # 6-58	ZONA	Urbano		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Luis Carlos Galán	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	—	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Diego Mejía	TELÉFONO CELULAR	3155516432	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	25

1 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
												/	/					2

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE						**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**			
1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	No	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	No	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	Caminar el Grupo AF	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—				
3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		**3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO**		**3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL**					
5. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	Moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	0	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	No
3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO									
1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	No	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	No	3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7				
3.6. 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)?	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?.	No	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	No	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	No	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	No
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	No	7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	7	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	No	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	Excelente
3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES									
1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	[illegible]	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10				

PESO	56	TALLA	1.56	IMC	23	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	64	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

Margarita Zuñiga				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Margarita Zuñiga	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1082 215325	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6	
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FD-FR-034	Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2024	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082 215.328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ RUNER			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	MALECON	ESCENARIO	PLACA DEPORTIVA			URL GRUPO AF (FANS PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Luis Fernando Hoyos	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	02/04/98
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	1032216820	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana		
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	[illegible]	NIVEL EDUCATIVO	Universitario	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	316 2253402		
TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 5 # 6 - 76	ZONA	urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	La [illegible]	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	—	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Daniella Cardona	TELÉFONO CELULAR	316 7453167	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Ninguno	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	23

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
												1	1					2

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	Ejercicio al [illegible]
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A qué intensidad realiza la actividad física?	Moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	0
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como, dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	Excelente

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguna
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	70	TALLA	158	IMC	27.2	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	69	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promocionar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

Luis Fernando Cardona				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Luis Gonzalez	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1032216820	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082 215.328

HUILA
Activo y Saludable

HEVS PARQUE PRINCIPAL

Lunes y Miércoles 7 p.m
Jueves 6:30 p.m

Monitor Oscar Iván Trujillo

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 5
		CÓDIGO:
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCION Y REGISTRO DE USUARIOS		FO-PR-054
		Fecha 16/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Karla Lucia Gomez Castrillon.	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	02/10/98
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	1082217073	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana		
DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICIÓN	ninguno	GRUPO ÉTNICO	ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Contributivo	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Sanitas
SITUACIÓN LABORAL	Trabajar	NIVEL EDUCATIVO	Profesional	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	3208320222		
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	cll 4 # 2-52	ZONA	urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	la trinidad	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	—	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Albu Castrillon	TELÉFONO CELULAR	3138161340	MEDIO DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	2
													1			1		

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?		3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. monta diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60'	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderado								

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	7

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO	3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?.	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que puede empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	
[illegible] estado de [illegible]	exelente				

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	trabajo	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?		3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	68	TALLA	1.66	IMC	26.56	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	74	CLASIFICACIÓN	normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de Tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registros fílmicos y/o fotográficos a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

Karla Lucia Gomez				Oscar Ivan Trujill Ocamp	
NOMBRE COMPLETO	Karla Lucia gomez	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1082217073	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082 215 328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 8
		CÓDIGO:
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	FD-FR-054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FAME PAGE FACEBOOK O WHATSAPP)			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Nelly Tavera Manchola	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	08/04/63
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	76.606.678	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia		NACIONALIDAD	Colombiana	
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	contributivo	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Sanitas
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Tecnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2		TELÉFONO CELULAR	3132153790	
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	nellitaxa@gmail.com	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	cll 7 # 9-85		ZONA	Urbana	
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	El Jardin	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	—		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Hana Fernanda	TELÉFONO CELULAR	3127533652	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
									1	1		1	1					4

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE / **3.2 ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	no	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asisto al grupo A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE / **3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO** / **3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL** / **3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	4	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fuma en su presencia?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO / **3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como, dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA / **3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguno	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	75	TALLA	1.69	IMC	26.70	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	84	CLASIFICACIÓN	riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de las necesidades, intereses y expectativas de las comunidades respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la realización de planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas	X

Nelly Tavera Manchola				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Nelly Manchola	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	76.606.678	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082 215 328

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL			Versión: 6
			CÓDIGO:
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS			FD-FR-054
			Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL
NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO	NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ FIT	TIPO DE GRUPO	REGULAR
COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD		DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE	URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Julia Aminta Quintero	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	19/08/83
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	76.607.917	PAÍS DE NACIMIENTO	colombia	NACIONALIDAD	colombiana		
DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICIÓN	ninguno	GRUPO ÉTNICO	ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Contributivo	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Trabajar	NIVEL EDUCATIVO	tecnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	3153122310		
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 11A #7-80	ZONA	urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Luis Carlos Galan	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	—	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Carlos Pinzón	TELÉFONO CELULAR	3153122310	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Pentoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Sí	DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
									I			I	I					3

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	

3.2 ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	usistir al grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	4

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	0
2. ¿Dur[illegible] los últimos 7 días [illegible] "porciones" de [illegible] consumió en el día?	2
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez esta lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	No
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fume en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8

3.6. 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)?	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?.	NO
3. ¿Su médico le ha info[illegible] que tiene algun[illegible] condición medica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Cuál que su estado de salud es	exelente

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Trabajo
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	74	TALLA	1.57	IMC	30.07	CLASIFICACIÓN	obesidad 1	PERÍMETRO DE CINTURA	90	CLASIFICACIÓN	riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 ciudadano de ________ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS; Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

Julia Aminta Quintero				Óscar Iván Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Julia Quintero	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	76.607.917	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082 215 328

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 5
		CÓDIGO: HD-FR-054
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCION Y REGISTRO DE USUARIOS		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 080 215 326	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Leidy Yocuma	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	09/12/93
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1082215890	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICIÓN	ninguno	GRUPO ÉTNICO	ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidio	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Sanitas
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Tecnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3136720286
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	cll 4 # 14-44			ZONA	urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	C. San Pedro	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	—	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	—			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Oscar Duran	TELÉFONO CELULAR	3136720286	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Pentoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NUMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
	1											1	1					3

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	no

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	2
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A qué intensidad realiza la actividad física?	moderado

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	0
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez esta lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	No
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. ¿[illegible] su estado de salud?	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	68	TALLA	1.61	IMC		CLASIFICACIÓN		PERÍMETRO DE CINTURA	78	CLASIFICACIÓN	

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

Leidy Yamid Y.				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	leidy yocuma	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1082215890	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 329

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		CÓDIGO: FD-PR-054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FAME PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Norma constanza ocampo	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino		ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO 08/06/73
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	76.607.768	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia		NACIONALIDAD	Colombiana	
DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICIÓN	ninguno	GRUPO ÉTNICO	ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Primaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2		TELÉFONO CELULAR	3174728866	
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	— 0 —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 9 # 6-58		ZONA	urbana	
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Luis Carlos Galan	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)			TELÉFONO DEL ACUDIENTE		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Alfredo Gutierres	TELÉFONO CELULAR	3176716738	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	4
				1					1	1		1	1					

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	no

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada								

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	4

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO	3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?.	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO	7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	Bueno				

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	76	TALLA	1.62	IMC	24.72	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	92	CLASIFICACIÓN	riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover o ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidades respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia en los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.	X

NORMA CONSTANZA O.T				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Norma Ocampo	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	76607768	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
		CÓDIGO: FD-FR-054
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FAME PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Geronimo coronado rojas	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GENERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	10/01/08
TIPO DE DOCUMENTO	T.I	NÚMERO DE DOCUMENTO	1130074145	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana		
DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICIÓN	ninguno	GRUPO ÉTNICO	ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Asmet Salud
SITUACIÓN LABORAL	Estudiante	NIVEL EDUCATIVO	bachiller	ESTRATO SOCIOECONÓMICO		TELÉFONO CELULAR	3209631327		
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	cll 1 # 8-34	ZONA	urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	los mercedes	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE DE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	Yenith chantre	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	3214595087		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Yenith chantre	TELÉFONO CELULAR	3214595087	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	3
							1					1	1					

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE						**3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**							
1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?		1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?		4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?		5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	
3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		**3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO**		**3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL**						**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**			
6. ¿A que intensidad realizó la actividad física?		1. ¿Durante los últimos 7 días cuanto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?		1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?		3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?		1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?		2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuantos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	
3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**											
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?		1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?		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?.		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?		4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?		5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?		6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	
3.6. MORBILIDAD REPORTADA								**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**					
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?		8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?		9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?		10. Diría que su estado de salud es		1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios uno a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?		2. Si su respuesta fue OTRA, menciona ¿cuál otra barrera?		3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física uno o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	

	PESO	67	TALLA	1.58	IMC	26.84	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	80	CLASIFICACION	riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, el ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	X	
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	X	
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X	

Geronimo Coronado				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Geronimo coronado	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1130074145	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

Mindeporte	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FO FR-054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FAME PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	yesica fernadez meneses	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	29/07/91
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1082215947	PAÍS DE NACIMIENTO	colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	ningona	CONDICIÓN	ningona	GRUPO ÉTNICO	ningona	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidio	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	bachiller	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3108091623
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	— 0 —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	cll 4 #12-66			ZONA	urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	C. San Pedro	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)				TELÉFONO DEL ACUDIENTE	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Oscar Yustres	TELÉFONO CELULAR	3117795274	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	21

2. DATOS DEL HOGAR

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 24 años			25 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
	|			|								|	|					4

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. monta diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	no

3.2 ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60''
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A que intensidad realiza la actividad física?	moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuanto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "porciones" de verduras consumió en el día?	0
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fume en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8

3.6. 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)?	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?	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	No
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	No
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	No
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	No
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	62	TALLA	1.59	IMC	22.56	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	80	CLASIFICACIÓN	riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los cursos 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, ubicar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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	X

					Oscar Ivan Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO	yesica fernandes	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1082715947	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CODIGO: FO-FR-054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 320	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUAR - FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANS PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Natalia Ramirez	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GENERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	01/06/74
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	76.607.600	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	colombiana
DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICIÓN	ninguno	GRUPO ÉTNICO	ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidio	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Ecoopsos
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Tecnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1			TELÉFONO CELULAR	3143193195
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 11 # 5-20			ZONA	urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	C San Pedro	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	—			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Gloria Cabuanto	TELÉFONO CELULAR	3112116752	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	21

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	4
				1						1		1	1					

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE / **3.2 ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	o	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	No	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo AF
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—												

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE / **3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO** / **3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL** / **3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

6. ¿A que intensidad realiza la actividad física?	moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez esta lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO / **3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?	NO	3. ¿Se médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA / **3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	Excelente	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios uno o tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física uno o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

	PESO	79	TALLA	1,70	IMC	27.34	CLASIFICACIÓN	sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	86	CLASIFICACIÓN	riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerce 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover o ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

Natalia Ramirez				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	natalia Ramirez	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	76.607.600	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215 320

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 8
			CÓDIGO:
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		FD-FR-054
			Fecha: 16/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL
NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO						
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082 215.328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ FIT	TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE	URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Uina Paola Trujillo Hernandez	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual
FECHA DE NACIMIENTO	20/04/79						
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	26.607-535	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiano
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidio
NOMBRE DE LA EAPB/EPS	EmcoSalud						
SITUACIÓN LABORAL	Empleada	NIVEL EDUCATIVO	Universidad	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	3124775730
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	Mipatiche@hotmail.com	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 11 # 7-56	ZONA	urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	C. San Pedro	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	—	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Juan Camilo Cuevas	TELÉFONO CELULAR	3178695572	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si
DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22						

DATOS DEL HOGAR

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
										1		1	1					3

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	No
2. ¿Cuántos días a la semana?	2
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	20'

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	7
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	Caminar
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderado

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	6 h

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez esta lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	0
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	6

3.6. 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?	No
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	No
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	No
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	
10. P[illegible] su estado de salud es	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	trabajo
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	7

PESO	59	TALLA	1.52	IMC	25.54	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	81	CLASIFICACIÓN	riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los 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 tales como lesiones musculoesqueléticas, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de las necesidades, intereses y expectativas de las comunidades 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.	X

Uina Paola H.				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Uina Hernandez	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	26.607.535	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5
		CÓDIGO: FO-PR-054
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 062 215 324	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Cetora Trujillo	SEXO DE NACIMIENTO	Mojer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino		ORIENTACIÓN SEXUAL	Hetensexual	FECHA DE NACIMIENTO 19/06/56
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	36159005	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia		NACIONALIDAD	Colombiana	
DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICIÓN	ninguno	GRUPO ÉTNICO	ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidio	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Ecoopsos
SITUACIÓN LABORAL	Trabajar	NIVEL EDUCATIVO	bachiller	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2		TELÉFONO CELULAR	3203870160	
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	— 0 —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	cll 9 # 7B 31		ZONA	urbana	
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Tumbaragua	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	—		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Jaime Mosquera	TELÉFONO CELULAR	3138803554	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	2020

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	1
																1		

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE / **3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	3	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	15'	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F
												5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE / **3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO** / **3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL** / **3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	150"	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verdura consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez esta lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO / **3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA / **3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es:	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

	PESO	69	TALLA	1.70	IMC	23.8	CLASIFICACIÓN	normal	PERÍMETRO DE CINTURA	86
									CLASIFICACIÓN	riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 practica de actividad física, así mismo en mi calidad de acudiente de ________________. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y el ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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	X

Cetora Trujillo				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Cetorea Trujillo	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	36159005	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 062 215 324

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
			CÓDIGO: FD-FR-054
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1082 215 320	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FAME PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	maria Elena ocampo tovar	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino		ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	15/10/69
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	76.606.991	PAÍS DE NACIMIENTO	colombia		NACIONALIDAD	colombiana		
DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICIÓN	ninguno	GRUPO ÉTNICO	ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidio	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Comfamiliar	
SITUACIÓN LABORAL	Trabajar	NIVEL EDUCATIVO	buchiller	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2		TELÉFONO CELULAR	3229514333		
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	maria ocampo77 @hotmail.com	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	cll 1 # 8-11		ZONA	urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Las mercedes	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	—		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Antonio Trujillo	TELÉFONO CELULAR	3203074238	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22	

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	2
												1	1					

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	~

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60''
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.T
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez esta lista para consumir y antes de probarla?	No

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	No
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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?.	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que puede empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	Si
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	trabajo
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	49.6	TALLA	1.59	IMC	37.18	CLASIFICACIÓN	obesidad 2	PERÍMETRO DE CINTURA	49	CLASIFICACIÓN	riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	X	
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X	
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO. Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencias para promover a través las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de las 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	X	

Maria Elena Ocampo				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	maria ocampo	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	76.606.991	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215 320

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
			CÓDIGO:
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		FD-FR-064
			Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL
NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO						
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARA FIT	TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE	URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Maria camila rivas camacho	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual
FECHA DE NACIMIENTO	29/04/91						
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1082715133	PAÍS DE NACIMIENTO	colombia	NACIONALIDAD	colombiana
DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICIÓN	ninguno	GRUPO ÉTNICO	ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	contributivo
NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Sanitas						
SITUACIÓN LABORAL	Trabajar	NIVEL EDUCATIVO	Profesional	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	3208779962
TELÉFONO FIJO	—0—	CORREO ELECTRÓNICO	—0—	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 7 # 3-67	ZONA	urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	la milagrosa	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	—	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Maria Eugenia	TELÉFONO CELULAR	3204530879	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si
DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22						

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	4
				1									1		1	1		

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	—

3.2 ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60'
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	4

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez esta lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	78	TALLA	1.72	IMC	26.37	CLASIFICACIÓN	sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	95	CLASIFICACIÓN	riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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	X

MCRC.				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Maria Rivas Camacho	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1082715133	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
		CÓDIGO:
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	FD-FR-054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082 215.339	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Maria alejandra garcia	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino		ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO 12/02/92
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1082215824	PAÍS DE NACIMIENTO	colombia		NACIONALIDAD	Colombiana	
DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICIÓN	ninguno	GRUPO ÉTNICO	ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidio	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	comfamiliar
SITUACIÓN LABORAL	Trabajar	NIVEL EDUCATIVO	Profesional	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2		TELÉFONO CELULAR	3125439954	
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 4 #6-47		ZONA	urbana	
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	la mochila	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— o —		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Gloria Monje	TELEFONO CELULAR	3217875810	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	21

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NUMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
										1		1	1					3

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	~

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A que intensidad realizó la actividad física?	Moderado

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	0
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez esté lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	6

3.6. 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)?	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?.	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, perdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnostico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	No
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Cree que su estado de salud es	excelente

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	50	TALLA	1.61	IMC	19.29	CLASIFICACIÓN	normal	PERIMETRO DE CINTURA	70	CLASIFICACION	normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la practica de actividad física, así mismo en mi calidad de acudiente de ______ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre los mismos	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de las 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	X

				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Maria alejandra G.	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO	1082215824	NUMERO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO	1.082 215.339

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
		CÓDIGO:
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	FD FR-054
		Fecha: 16/01/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082 215.328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Amena mena barreto	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GENERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	21/12/71
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	26-607-153	PAÍS DE NACIMIENTO	colombia		NACIONALIDAD	colombiana	
DISCAPACIDAD	ningona	CONDICIÓN	ningona	GRUPO ETNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidio	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Sanitas
SITUACIÓN LABORAL	Ureas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Profesional	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2		TELÉFONO CELULAR	3134010574	
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	— 0 —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 6 #3-28 Sur		ZONA	urbana	
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Vereda flandes	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— —		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— —	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Guillermo Vega	TELÉFONO CELULAR	3102687680	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	4
										2		1	1					

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE / **3.2 ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuáles días a la semana?		3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	
1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asis a el grupo A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—		

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE / **3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO** / **3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL** / **3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

6. ¿A que intensidad realizó la actividad física?	moderado	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez esta lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuantos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO				

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO / **3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?.	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 15 días síntomas como dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO				

3.6. MORBILIDAD REPORTADA / **3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	
10. Diría que su estado de salud es	excelente	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguno	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿que tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10				

PESO	51.5	TALLA	1.64	IMC	18.69	CLASIFICACIÓN	normal	PERÍMETRO DE CINTURA	76	CLASIFICACIÓN	normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 ____________. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual además de, las 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	X

				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Limena rojas	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	26.607.153	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082 215.328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
		CÓDIGO: FD-FR-054
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ FIT	TIPO DE GRUPO	REGULAR	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVÁN TRUJILLO OCAMPO
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE	URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):		COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	claudia Jimena tovar	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GENERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	15/05/70
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NUMERO DE DOCUMENTO	20·607·193	PAÍS DE NACIMIENTO	colombia	NACIONALIDAD	colombiana		
DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICIÓN	ninguno	GRUPO ÉTNICO	ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Desempleada	NIVEL EDUCATIVO	Tecnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELEFONO CELULAR	3168773440		
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	Jimenatovar@hotmail.com	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cla 3 #2-27	ZONA	urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Santa barbara	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— - —	TELEFONO DEL ACUDIENTE	— - —		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Lizeth Rocha	TELEFONO CELULAR	3182422817	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	4

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	2
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	20"

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	Fuerza
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	Aerobicos
6. ¿A que intensidad realizó la actividad física?	moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3H

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	2
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	2
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	Si

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuantos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	0
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8

3.6. 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)?	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?.	NO
3. ¿Su medico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, perdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	tiempo
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cual otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	8

PESO	49	TALLA	1.50	IMC	21.78	CLASIFICACIÓN	normal	PERÍMETRO DE CINTURA	74	CLASIFICACION	normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 practica de actividad física, así mismo en mi calidad de acudiente de ________ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS. Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, validar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, acorde a las 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	X

Claudia Jimena Tovar				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Claudia tovar	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	26.606.143	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082 215 328

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión 6
		CÓDIGO: FD-FR-054
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 378	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Dayana Alejandra Acuña	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	22/03/02
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1004305222	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICIÓN	ninguno	GRUPO ÉTNICO	ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	contributivo	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Comfamiliar
SITUACIÓN LABORAL	trabaja	NIVEL EDUCATIVO	universitario	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3002961148
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	Daa@hotmail.com	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 4 # 7-138			ZONA	urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	C. San Pedro	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— - —			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— - —
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Oscar Acuña	TELÉFONO CELULAR	3008464022	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
										2		1	1					4

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE / **3.2 ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	no	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	2	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	camina	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE / **3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO** / **3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL** / **3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	8	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	7	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	1	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO / **3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	6	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?.	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que puede empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA / **3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	excelente	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios uno a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	tiempo	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	54	TALLA	1.55	IMC	57.2	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	80	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO. 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS; Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO; Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

Dayana Acuña				Oscar Ivan Trujillo	
NOMBRE COMPLETO	Dayana Acuña	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1004305222	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 378

Mindeporte	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5
		CODIGO: FD-FR-054
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCION Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Maria Ester Hernandez Carvajal	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	28/07/54
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	26.606.398	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Emcosalud
SITUACIÓN LABORAL	Pensionada	NIVEL EDUCATIVO	universitaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3124775730
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	cll 3 #6-68			ZONA	urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	la milagrosa	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	3125445218	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— —			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— —
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Yina Paola Trujillo	TELÉFONO CELULAR	3124775730	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	NO	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	2020

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	2
												1	1					

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE / **3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	
1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asiste al grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE / **3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO** / **3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL** / **3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada
1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2
1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO
1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO / **3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8
1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?.	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA / **3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	
10. Diría que su estado de salud es	Bueno
1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	
5. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	68	TALLA	144	IMC	37.79	CLASIFICACIÓN	obesidad 1	PERÍMETRO DE CINTURA	99	CLASIFICACIÓN	riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria decido 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 tales como lesiones musculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, exímo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

Maria Ester H.C.				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	maria ester	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO	26.606.398	NUMERO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 328

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
		CÓDIGO: FD-FR-054
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		Fecha: 16/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/01/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Omaira montaña	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	24/07/83
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1082214017	PAÍS DE NACIMIENTO	colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICIÓN	ninguno	GRUPO ÉTNICO	ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Asmet Salud
SITUACIÓN LABORAL	Ama de Casa	NIVEL EDUCATIVO	Primaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1			TELÉFONO CELULAR	3133632261
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 2 # 2-25			ZONA	urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Parque Principal	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— · —			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Mamá	TELÉFONO CELULAR	3107817721	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	2020

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 20 años			21 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	4
													✓					

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE · **3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	5	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	1h	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	5	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	trotar
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—												

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE · **3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO** · **3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL** · **3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

6. ¿A qué intensidad realiza la actividad física?	Moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	60"	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	5	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verdura consumió en el día?	3	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO · **3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorar con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA · **3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	Buena	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	50	TALLA	1.44	IMC	24.00	CLASIFICACIÓN	delgadez	PERÍMETRO DE CINTURA	68	CLASIFICACIÓN	normal	

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

Omaira montaña				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	amaira montaña	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1082214017	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 328

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
		CÓDIGO: FD-FR-054
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/03/2024	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 326	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Belquis fierro Gartan	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	19/11/66
TIPO DE DOCUMENTO	C.C.	NÚMERO DE DOCUMENTO	26.607.819	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	colombiana		
DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICIÓN	ninguno	GRUPO ÉTNICO	ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Asmet salud
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	secundaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1	TELÉFONO CELULAR	3148429178		
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	belquisfierro.bf16@hotmail.com	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	cll 5B #6A - 12	ZONA	urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Francisco Gomes Quintero	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)		TELÉFONO DEL ACUDIENTE			
EN CASO DE EMERGENCIA, LLAMAR A:	Maria Yorani fierro	TELÉFONO CELULAR	3134031463	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	21

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	2
												1	1					

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	1h

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	5
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60''
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	2
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumirla y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?.	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	cardiovascular
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	cardiovascular
10. ¿Cómo percibe su estado de salud?	exelente

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna
2. Si su respuesta fue OTRA, menciona ¿cuál otra barrera?	
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	65	TALLA	1.52	IMC	28.13	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	90	CLASIFICACIÓN	riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, exonero al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto el 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.	X

Belquis Fierro				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Belquis fierro	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	26.607.819	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 326

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FD-PR-054
		Fecha: 19/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Luisa Fernanda Perdomo Rojas	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	03/02/77
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	76.607.417	PAÍS DE NACIMIENTO	colombia	NACIONALIDAD	Colombiana		
DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICIÓN	ninguno	GRUPO ÉTNICO	ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Asmet Salud
SITUACIÓN LABORAL	Empleada	NIVEL EDUCATIVO	Primaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1	TELÉFONO CELULAR	3203457978		
TELÉFONO FIJO	—o—	CORREO ELECTRÓNICO	Perdomoluisa22@gmail.com	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	cll 1ª # 7-52	ZONA	urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Las mercedes	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)		TELÉFONO DEL ACUDIENTE			
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Yina Marcela Jovel	TELÉFONO CELULAR	3209757481	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Pentaneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	21

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
												1	1		1	1		4

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE						3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE									
1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	5	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	60"	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	5	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	caminar	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO		3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL						3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO			
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	3	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	2	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez esta lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		3.6. MORBILIDAD REPORTADA											
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	4	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA								3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES					
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	Si	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	cáncer	10. Diría que su estado de salud es	Buena	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?		3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10
	PESO	65	TALLA	1.58	IMC	61.4	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	72	CLASIFICACIÓN	Normal	

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19 entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de las 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 [illegible] planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas	X

Luisa Fernanda Perdomo				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	luisa Fernanda P.	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	76.607.417	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5
		CÓDIGO:
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	FD-FR-054
		Fecha: 10/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/01/2024	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			[illegible]

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Marela Vanegas Segura	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	17/06/68
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	51927764	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Asmet Salud
SITUACIÓN LABORAL	tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Primaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3114520651
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	cll 1 sur # 9-78			ZONA	urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	el Jardin	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	—			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Euclides Montealegre	TELÉFONO CELULAR	3134882618	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	21

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NUMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
												1	1					2

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE / **3.2 ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	No	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	no	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F
												5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE / **3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO** / **3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL** / **3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

4. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	4	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verdura consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez esta lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de esos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO / **3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?.	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	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. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA / **3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	75	TALLA	1.60	IMC	29.30	CLASIFICACIÓN	sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	80	CLASIFICACIÓN	riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS; Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

Marela Vanegas.		JEG		Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Marela Vanegas S.	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	51927764	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082 215 328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 8
			CÓDIGO: FD-FR-054
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCION Y REGISTRO DE USUARIOS		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 326	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Sandra Milena Alvarado	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	13/01/87
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1082214300	PAÍS DE NACIMIENTO	colombia	NACIONALIDAD	colombiana		
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Asmet Salud
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Profesional	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	3133314821		
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	sandramwenca@hotmail.com	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 5 # 1-80	ZONA	urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	la trinidad	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)		TELÉFONO DEL ACUDIENTE			
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Lina Maria Alvarado C.	TELÉFONO CELULAR	3215537405	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	1
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I		

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	N.R

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	5
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	Gimnasio
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A qué intensidad realiza la actividad física?	moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	4

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	2
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted tiene actualmente algún producto de tabaco, como cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fume en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	6

3.6. 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)?	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?	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. ¿Diría que su estado de salud es:	exelente

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	62	TALLA	1.68	IMC	24.6	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	68	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 usuario de ____________ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y nacional audiovisual, además de, las 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.	X

Sandra Alvarado C.		Oscar Ivan Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO: Sandra Milena A	NOMBRE COMPLETO	NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO: 1082214300	NÚMERO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO: 1 082 215 326

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
			CÓDIGO:
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		FO-FR-054
			Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	17/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Daniela Yustres garcia.	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GENERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	11/06/99
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1082217163	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	contributivo	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Asmet salud
SITUACIÓN LABORAL	Trabajada	NIVEL EDUCATIVO	Profesional	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3203705392
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	yustres dani@hotmail.com	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	cll 4 # 7-02			ZONA	urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	San Vicente	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— —			TELEFONO DEL ACUDIENTE	— —
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Argeny Arago	TELÉFONO CELULAR	3209745034	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Pentoreo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
										1					1	1		3

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	No	2. ¿Cuántos días a la semana?	—	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	5	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60'	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asiste al grupo A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	Moderada								

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	6

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	2	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO	3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?.	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	exelente				

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	56	TALLA	1.53	IMC	23.42	CLASIFICACIÓN	normal	PERÍMETRO DE CINTURA	70	CLASIFICACIÓN	normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, el ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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 en los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.	X

Daniela Yustres garcia				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Daniela Yustres G.	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO	1082217163	NUMERO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 328

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
		CÓDIGO: FD FR-054
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		Fecha 16/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FAME PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Maria Eugenia Pava L.	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GENERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	12/04/66
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	31953292	PAÍS DE NACIMIENTO	colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Bachiller	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3192853737
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	cll 12 #8-10			ZONA	urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	las mercedes	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)				TELÉFONO DEL ACUDIENTE	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Carlos Antonio	TELÉFONO CELULAR	3192853737	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	21

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
												1	1					2

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	No

3.2 ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3

3.4 CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	2
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	2
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?	NO
3. ¿Se le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue Si, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	Bueno

3.7 COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios tres a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física tres o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	72	TALLA	1.60	IMC	28.8	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	94	CLASIFICACIÓN	riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 académico de ________. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, el ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover o ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de las 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.	X

• Maria Eugenia Pava				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Maria Eugenia Pava	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 328

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL			Versión: 6
			CÓDIGO: FD-FR-054
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS			Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 326	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Lina Marcela Ramires Lozano	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	24/05/01
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1076508138	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia		NACIONALIDAD	colombiana	
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Comfamiliar
SITUACIÓN LABORAL	Estudiante	NIVEL EDUCATIVO	Universitario	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1		TELÉFONO CELULAR	3138160244	
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	linaramires@gmail.com	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	cll 3 #5-23		ZONA	urbana	
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	las mercedes	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)			TELÉFONO DEL ACUDIENTE		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Yina lozano	TELÉFONO CELULAR	3138160744	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NUMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
										1		1	1					3

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE / **3.2 ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	No	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. monta diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	no	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—												

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE / **3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO** / **3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL** / **3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	2	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO / **3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?.	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA / **3.7 COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?		10. Diría que su estado de salud es	exelente	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?		3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10
	PESO	59.3	TALLA		IMC	27.14	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	90	CLASIFICACIÓN	Riesgo	

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a [illegible] y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover o facilitar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi apoyo, 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	/

Lina Marcela Ramirez				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Lina Ramirez	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1076508138	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 326

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
		CÓDIGO: FD-FR 054
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Giselle Tatiana Rojas Mejia	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	20/07/90
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1082214971	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	colombiana		
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	contributivo	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Sanitas
SITUACIÓN LABORAL	Trabajar	NIVEL EDUCATIVO	Profesional	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	3153570604		
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	— 0 —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 7 # 2-07	ZONA	urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Las mercedes	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO		NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)		TELÉFONO DEL ACUDIENTE			
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Alma Rojas	TELÉFONO CELULAR	3153570604	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NUMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
													1					1

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE						3.2 ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE									
1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?		3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?		1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO		3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL						3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO			
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	4	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		3.6. MORBILIDAD REPORTADA											
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA								3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES					
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?		10. Diría que su estado de salud es	excelente	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?		3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	64.6	TALLA	1.69	IMC	22.4	CLASIFICACIÓN	normal	PERÍMETRO DE CINTURA	94	CLASIFICACIÓN	riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones músculoesqueléticas, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a sus entidades y contratistas a recolectar, usar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual tendrá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de las 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.	X

Giselle Tatiana Rojas				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Giselle tatiana R	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO	1082214971	NUMERO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5
		CÓDIGO: FD-FR-054
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/01/2024	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL
NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO						
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215.328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARA FIT	TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE	URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Gisela Pentono Albro	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	13/11/80
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	26.607.675	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana		
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	contributivo	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Sanitas
SITUACIÓN LABORAL	Trabaja	NIVEL EDUCATIVO	Profesional	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	3133537605		
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	giselapa@hotmail.com	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	cll 5 # 6-33	ZONA	urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	la victoria	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)		TELÉFONO DEL ACUDIENTE			
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Juan Jacob	TELÉFONO CELULAR	313386605+	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

4 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
												1	1					2

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO

3.2 ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	2
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	1

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	2
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	2
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Trabajo
2. Si su respuesta fue OTRA, menciona ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	75	TALLA		IMC	28.14	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	80	CLASIFICACIÓN	normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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	X

				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	gisela [illegible]	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	26.607.673	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082 215 328

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Version: 5	
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCION Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FD-FR 654	Fecha: 16/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.715.328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Renata Cuevas Trujillo	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	18/01/03
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1004304888	PAÍS DE NACIMIENTO	colombia			NACIONALIDAD	colombiana
DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICIÓN	ninguno	GRUPO ÉTNICO	ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Tol. Huila
SITUACIÓN LABORAL	Estudiante	NIVEL EDUCATIVO	Universitario	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3186302707
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	renata@gmail.com	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 11 #7-56			ZONA	urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	C. San Pedro	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— —			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— —
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Gina Paola Trujillo	TELÉFONO CELULAR	3124775930	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Periodico	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
							1						1					2

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE / **3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE / **3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO** / **3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL** / **3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	4	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	2	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	2	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez esta lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO / **3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA / **3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	exelente	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	estudiar	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	63	TALLA	1.57	IMC	27.24	CLASIFICACIÓN	sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	60	CLASIFICACIÓN	normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre los mismos	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a sus entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

· Renata Cuevas T.				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Renata Cuevas	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1004304888	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 715 328

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 5
		CÓDIGO: HD-PR-054
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		Fecha: 10/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Mercy Miled yustres	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	10/12/67
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	76.607.907	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia		NACIONALIDAD	Colombiana	
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Sanitas
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Profesional	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2		TELÉFONO CELULAR	3115329993	
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	mercymili@gmail.com	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 9 # 6-13		ZONA	urbana	
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Luis Carlos	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)			TELÉFONO DEL ACUDIENTE		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Oscar Juner	TELÉFONO CELULAR	3115386520	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneos	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	21

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	3
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I		
							1					1	1						

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	No

3.2 ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60'	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	Moderada								

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO	3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?.	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	No	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	Bueno				

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, menciona ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	80	TALLA	1.64	IMC	29.4	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	86
CLASIFICACIÓN	riesgo								

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, exonero al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS. Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

-Mercy miled Yustres M.					
NOMBRE COMPLETO	Mercy yustres	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	76 607 407	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 328

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		CÓDIGO: FD-FR-054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Luis Fernando Vargas	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	21/10/86
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1082215204	PAÍS DE NACIMIENTO	colombia			NACIONALIDAD	colombiana
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	contributivo	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Sanitas
SITUACIÓN LABORAL	Trabajar	NIVEL EDUCATIVO	Profesional	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3123729332
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	— 0 —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	cll 3 #6 - 10			ZONA	urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	la milagrosa	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)				TELÉFONO DEL ACUDIENTE	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Taono Hernandez	TELÉFONO CELULAR	3112761761	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	2
												1	1					

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	no

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderado

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o acostado diariamente?	6

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez esta lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	exelente

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Trabajo
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	80	TALLA	1.70	IMC	2768	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	82	CLASIFICACIÓN	normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria participo bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, así mismo se mi calidad de acudiente de ______. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19 entre otros. Por lo anterior, exonero al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover o mostrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

Luis Fernando V.				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Luis Fernando V.	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1082215204	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 8
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCION Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FO-FR-054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	19/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 338	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	

NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Magnolia Alvarez Cuevas	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GENERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	26.607.673	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	contributivo
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Tecnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1	TELEFONO CELULAR	3114443917
TELEFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	— 0 —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	cll 5 # 13-73	ZONA	urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	C. San Pedro	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— - —	TELEFONO DEL ACUDIENTE	— - —
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Rafael bautista	TELEFONO CELULAR	3164959948	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Pentoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si

FECHA DE NACIMIENTO	17/07/84
NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

DATOS DEL HOGAR

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NUMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
	|									|		|	|					4

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	10	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	N.D	1. Durante los últimos 7 días ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60''	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F

5. Si su respuesta anterior fue OTRA, menciona ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE · 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO · 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL · 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderado	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	4	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verdura consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumirla y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuantos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO · 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?	NO	3. ¿Su medico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorar con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA · 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?		10. Diría que su estado de salud es	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, menciona ¿cuál otra barrera?		3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿que tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	73	TALLA	1.64	IMC	27.14	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	94	CLASIFICACIÓN	riesgo	

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 prácticas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre los mismos.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

Magnolia Alvarez C.				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	magnolia alvarez	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	26.607.673	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 338

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 8
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCION Y REGISTRO DE USUARIOS		CÓDIGO: FD-FR-034
		Fecha: 16/07/2025

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215.328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Francia Helena Hernandez Araujo	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	18/09/69
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	76.607 989	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICIÓN	ninguno	GRUPO ÉTNICO	ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Contributivo	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Comfamiliar
SITUACIÓN LABORAL	Trabaja	NIVEL EDUCATIVO	Profesional	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3167933303
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	fenagaa3@hotmail.com	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	cll 5 # 5-76			ZONA	urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	la victoria	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)				TELÉFONO DEL ACUDIENTE	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Oscar Motta	TELÉFONO CELULAR	3173527560	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NUMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	2
												1	1					

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60''	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO		3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL						3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO			
6. ¿A qué intensidad realiza la actividad física?	moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	1	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez esta lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		3.6. MORBILIDAD REPORTADA											
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?.	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA								3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES					
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Cal... ...su estado de ...	exelente	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	58	TALLA	1.54	IMC	24.6	CLASIFICACIÓN	normal	PERÍMETRO DE CINTURA	81	CLASIFICACIÓN	negatu

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y regional audiovisual, además de las 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	X

Francia Elena Hernandez		JTG		Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
FIRMA DEL USUARIO		FIRMA DEL ACUDIENTE		FIRMA DEL MONITOR, GESTOR/PROMOTOR...	
NOMBRE COMPLETO	Francia Elena Hernandez	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO	76606989	NUMERO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6	
		CÓDIGO:	
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	FD-FR-054	
		Fecha: 16/07/2023	

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			[illegible]

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Maria Fernanda leiva Tavera	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACION SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	24/08/09
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1082217203	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICIÓN	ninguno	GRUPO ÉTNICO	ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Contributivo	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Estudiante	NIVEL EDUCATIVO	Universitario	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1			TELÉFONO CELULAR	3227533652
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	cll 1 # 9-85			ZONA	
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	El Jardin	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)				TELÉFONO DEL ACUDIENTE	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Nolly Tavera	TELEFONO CELULAR	3227533452	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
									1	1		1	1					4

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE / **3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	N.O	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60''	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	Asistir al grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—												

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE / **3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO** / **3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL** / **3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

6. ¿A qué intensidad realiza la actividad física?	Moderado	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	4	1. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez esta lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO / **3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?	NO	3. ¿Su medico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA / **3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	excelente	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿que tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	68	TALLA	1.60	IMC	26.17	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	70	CLASIFICACIÓN	normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los cursos de manera libre y voluntaria … 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 tales como: lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

Maria fernanda Leiva				Óscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	maria fernanda leiva	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO	1082217203	NUMERO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 328

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
		CÓDIGO:
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		PD-FR-054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215.328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ F.1			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Blanca ligia Alvira R.	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	3/05/71
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	55161846	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia		NACIONALIDAD	Colombiana	
DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICIÓN	ninguno	GRUPO ÉTNICO	ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Asmet salud
SITUACIÓN LABORAL	tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	bachiller	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2		TELÉFONO CELULAR	3143484623	
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	cll 5A #13-43		ZONA	urbana	
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	C. San Pedro	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— —		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— —	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Yesenia Hernandez	TELÉFONO CELULAR	3053489119	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	2
												1	1					

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE / **3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO		3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL						3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO			
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderado	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	1	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	2	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verdura se consumió en el día?	2	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		3.6. MORBILIDAD REPORTADA											
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que puede empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA								3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES					
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	67	TALLA	1.55	IMC	2630	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	82	CLASIFICACIÓN	riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19 entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	x
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencias para promover y difundir las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de las 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.	X

Blanca alvira Ramirez				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Blanca alvira	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	55161846	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 328

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Version: 6 CÓDIGO: FD-FR-054
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Marina Zuniga Rivas	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	30/04/62
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	26514800	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	Ninguno	CONDICIÓN	Ninguno	GRUPO ETNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Contributivo	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Sanitas
SITUACIÓN LABORAL	tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Tecnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3124661470
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	cll 2 # 4-16			ZONA	urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	la trinidad	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)				TELÉFONO DEL ACUDIENTE	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Karol Santos	TELEFONO CELULAR	3192629755	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Peritoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	21

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NUMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
												1	1					2

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	5
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	60'

3.2 ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	SI
2. ¿Cuántos días a la semana?	5
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60'
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A que intensidad realizo la actividad física?	moderado

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8

3.6. 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)?	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?.	NO
3. ¿Su medico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿que tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de barrera manifestada en pregunta anterior(es)?	10

PESO	76	TALLA	1,70	IMC	76.50	CLASIFICACIÓN		PERÍMETRO DE CINTURA	94	CLASIFICACIÓN	riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la practica de actividad física, así mismo en mi calidad de acudiente de ________ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	✓
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	✓
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de las 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	✓

Marina Zuniga				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Marina Zuniga	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO	70.514.800	NUMERO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 4
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FD-FR-054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP)			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Yaneth Fajardo Ramirez	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	78/03/83
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	26607858	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	asmet salud
SITUACIÓN LABORAL	tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Tecnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3158638625
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	atatiana ramirez @gmail.com	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	cll 6 # 13-67			ZONA	urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	C. San Pedro	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)				TELÉFONO DEL ACUDIENTE	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Hernando Tovar	TELÉFONO CELULAR	3158638625	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

2. DATOS DEL HOGAR

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
												1	1					2

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	No
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	no

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderado

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	2
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?.	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 1 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	53	TALLA	1.50	IMC	23.56	CLASIFICACIÓN	normal	PERÍMETRO DE CINTURA	80	CLASIFICACIÓN	riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover o divulgar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual acerca de las 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 [illegible] planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas	X

				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Yaneth Fajardo	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	26607858	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 328

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 5
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		CÓDIGO: FD-FR-054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/03/2020	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Kevin Chila Montaña	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	25/05/2001
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	119772416	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia		NACIONALIDAD	colombiana	
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Sanitas
SITUACIÓN LABORAL	Estudiante	NIVEL EDUCATIVO	bachiller	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1		TELÉFONO CELULAR	3187817463	
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	— 0 —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	cll 5 # 11-53		ZONA	urbana	
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	C. San Pedro	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— —		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— —	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Norma Constanza	TELÉFONO CELULAR	3187817463	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	SI	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	21

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NUMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	3
										1		1	1					

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE / **3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE**

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?		3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?		1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	SI	2. ¿Cuántos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE / **3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO** / **3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL** / **3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderado	1. ¿Durante los últimos 7 días estuvo tiempo para sentado o recostado diariamente?	NO	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	NO	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	NO	4. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumirla y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO / **3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA / **3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es:	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

	PESO	60	TALLA	159	IMC	23.7	CLASIFICACIÓN	normal	PERÍMETRO DE CINTURA	60	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19 entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover o ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

Kevin Chila M.				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Kevinchila. M	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	119772410	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 328

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión 6
		CÓDIGO: FD-PM-004
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		Fecha: 18-07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Norma Constanza Martina	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	10/11/1978
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	52 466210	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia		NACIONALIDAD	Colombiana	
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Ecoopsos
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Tecnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2		TELÉFONO CELULAR	3187812463	
TELÉFONO FIJO	—o—	CORREO ELECTRÓNICO	—o—	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	cll 5# 11-53		ZONA	urbana	
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	C. San Pedro	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— — —		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— — —	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Ana Sofia chila	TELÉFONO CELULAR	317804473	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Antoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
									1			1	1					3

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	Si
2. ¿Cuáles días a la semana?	5
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	40'

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuáles días a la semana?	5
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedico diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A que intensidad realizó la actividad física?	moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez esta lista para consumir y antes de probarla?	No

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	No
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	No
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?.	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	exelente

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	60	TALLA	1.54	IMC	21.6	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	79
CLASIFICACIÓN	[illegible]								

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

Norma Constanza Chila				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	norma chila	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	52.466210	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 328

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
		CÓDIGO:
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	FD-FR-054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082.215.328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]

NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Ana Sofia Chila M.	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GENERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	31/01/200
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NUMERO DE DOCUMENTO	1004305002	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	Ninguno	CONDICIÓN	Ninguno	GRUPO ETNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Estudiante	NIVEL EDUCATIVO	Secundaria	ESTRATO SOCIOECONOMICO	2			TELEFONO CELULAR	3178041423
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	— 0 —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	cll 1 # 4-37			ZONA	urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	la trinidad	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	—			TELEFONO DEL ACUDIENTE	—
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	mama chila	TELÉFONO CELULAR	3187812463	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
				1						1								2

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	No
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	afiliar al grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A que intensidad realizó la actividad física?	moderado

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuanto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez esta lista para consumir y antes de probarla?	No

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como cigarrillos, puros o pipas?	No
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	No
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

1. ¿Alguna vez le ha dicho un medico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?.	No
3. ¿Se le ha dicho le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	No
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	No
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	No
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	No
7. ¿Tuvo diagnostico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	No
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	No
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	exelente

3.7 COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios dos a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	estudiar
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cual otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física dos o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	55	TALLA	1.60	IMC	21.6	CLASIFICACIÓN	normal	PERÍMETRO DE CINTURA	78	CLASIFICACIÓN	[illegible]

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente departamental y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a sus entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de las 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	X

ana SoFia chila				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	ana Sofia chila	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO	1004305002	NUMERO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 328

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCION Y REGISTRO DE USUARIOS		CÓDIGO: FD-FR-054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Ana Milena Tovar R	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	30/07/84
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	26607922	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	asmet salud
SITUACIÓN LABORAL	Oficios del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Tecnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3232788719
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	0 — 0	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	cll 10 # 2-50			ZONA	urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Guayabal	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)				TELÉFONO DEL ACUDIENTE	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Jorge Hernan	TELÉFONO CELULAR	311 8583753	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Pentonao	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Sí	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	2021

1 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NUMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	3
							1					1	1					

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	No
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuanto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	~

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Sí
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuanto tiempo dedico diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A que intensidad realizó la actividad física?	Moderado

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "porciones" de verduras consumió en el día?	1
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez esta lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algun producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	No
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuantos de estos días hubo alguien en su casa que fumo en su presencia?	No
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8

3.6. 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)?	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?	No
3. ¿Su medico le ha informado que tiene alguna condicion medica que pueda empeorarse con la actividad física?	No
4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	No
5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	No
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestion nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, perdida del gusto y del olfato?	No
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	No
8. ¿Presenta alguna enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	Buena

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna
2. Si su respuesta fue OTRA, menciona ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	82	TALLA	1.70	IMC		CLASIFICACIÓN		PERIMETRO DE CINTURA	95	CLASIFICACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover o ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

milena Tovar Pumiret				Óscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	milena Tovar R.	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO	26607922	NUMERO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 328

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
		CÓDIGO:
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	FD-FR-054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Thalia Vallejo Chila	SEXO DE NACIMIENTO	Mojer	IDENTIDAD DE GENERO	femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	01/02/2016
TIPO DE DOCUMENTO	T.I	NÚMERO DE DOCUMENTO	1082217310	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia		NACIONALIDAD	Colombiana	
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ETNICO	Ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Ecoopsos
SITUACIÓN LABORAL	Estudiante	NIVEL EDUCATIVO	Primaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2		TELEFONO CELULAR	3187812463	
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	cll 5 #11-53		ZONA	urbana	
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	C. San Pedro	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	Norma Chila		TELEFONO DEL ACUDIENTE	3187817463	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Norma Chila	TELEFONO CELULAR	3187812463	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	2022

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	3
	●											●	●					

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?		4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?		5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO	
6. ¿A que intensidad realiza la actividad física?		1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "porciones" de fruta consumió en el día?		2. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "porciones" de verduras consumió en el día?		3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como cigarrillos, puros o pipas?		2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?		3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	

3.6. 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)?		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?.		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?		4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?		5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?		6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?		8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?		9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?		10. Diría que su estado de salud es					

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?		2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?		1. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	

PESO	30	TALLA	1.10	IMC	20.1	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	30	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, el ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a los [illegible] y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y su ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover o ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

Norma Chila				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Norma Chila	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	52466260	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 328

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
		CODIGO:
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		FD-FR-054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			[illegible]

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Astrid Trujillo Olaya	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	18/11/81
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	36306313	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguno	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Contributivo	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Sanitas
SITUACIÓN LABORAL	Trabajador	NIVEL EDUCATIVO	Profesional	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3132453781
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	— 0 —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 9 #6-32			ZONA	urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Luis Carlos galan	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)				TELÉFONO DEL ACUDIENTE	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Ildcalfonso Araujo	TELÉFONO CELULAR	3102091758	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	2022

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	4
			•							•		•	•					

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE / 3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	SI	2. ¿Cuántos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60''	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE / 3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO / 3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL / 3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

6. ¿A qué intensidad realiza la actividad física?	Moderado	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	2	2. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "porciones" de verduras consumió en el día?	2	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez esta lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	No	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fuma en su presencia?	No		

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO / 3.6. MORBILIDAD REPORTADA

3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal (secreción), conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA / 3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Trabajo	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	65	TALLA	167	IMC	11.2	CLASIFICACIÓN	normal	PERÍMETRO DE CINTURA	69	CLASIFICACIÓN	normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 ciudadano de ________. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre los mismos.	X	
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	X	
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X	

Astrid Trujillo Olaya				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	astrid trujillo	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	36306313	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5
		CÓDIGO:
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	FD-FR-054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Emanoel Litcano P.	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Mascolino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	17/06/2014
TIPO DE DOCUMENTO	T.I	NÚMERO DE DOCUMENTO	1015511637	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ningono	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Ecoopsos
SITUACIÓN LABORAL	Estudiante	NIVEL EDUCATIVO	Primaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3203528967
TELÉFONO FIJO	—o—	CORREO ELECTRÓNICO	—o—	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 5 # 13-51			ZONA	urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	C. San Pedro	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	Magnolia Palomino			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	3203528967
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Magnolia Palomino	TELÉFONO CELULAR	3203528967	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Antoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	2022

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	4
			1				1					1	1					

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE						3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE									
1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?		1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?		4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?		5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO		3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL						3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO			
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?		1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?		1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?		3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?		1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?		2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fume en su presencia?	

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		3.6. MORBILIDAD REPORTADA											
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?		1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?		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?.		3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?		4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?		5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?		6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	

3.6. MORBILIDAD REPORTADA								3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES					
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?		8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?		9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?		10. Diría que su estado de salud es		1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?		2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?		3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	

PESO	35	TALLA	108	IMC	29.6	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	40	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	X	
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	✓	
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover o ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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	✓	

Magnolia Palomino				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Magnolia Palomino	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	26007537	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 328

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCION Y REGISTRO DE USUARIOS		CÓDIGO: FD-FH-054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			[illegible]

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Marco Antonio Trujillo	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GENERO	Masculino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	16/07/87
TIPO DE DOCUMENTO	C.C.	NÚMERO DE DOCUMENTO	1082214607	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana		
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACION A SALUD	Contributivo	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Sanitas
SITUACIÓN LABORAL	Trabajador	NIVEL EDUCATIVO	Profesional	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	3112937118		
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	mrios.port@hotmail.com	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	cll 1 # 8-11	ZONA	urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	las mercedes	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)		TELÉFONO DEL ACUDIENTE			
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Oscar Trujillo	TELÉFONO CELULAR	3204115081	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	2022

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
	1											1	1					3

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	Ne

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	intensa

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	6

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	1

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	1
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	1
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8

3.6. 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)?	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?	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tiene diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	exelente

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Trabajo
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	89	TALLA	1.85	IMC	24.6	CLASIFICACIÓN	Obesidad 1	PERÍMETRO DE CINTURA	78	CLASIFICACIÓN	Riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 ____________ asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgo cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover o ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de las 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.	X

Marco Antonio Trujillo				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Marco Antonio Trujillo	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1082214607	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 328

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
		CÓDIGO:
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCION Y REGISTRO DE USUARIOS	FD-FH-054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCION	[illegible]	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Diego Armando Trujillo	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino	ORIENTACION SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	24/01/96
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	1083216399	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	Ninguno	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACION A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Sanitas
SITUACIÓN LABORAL	Trabajar	NIVEL EDUCATIVO	Profesional	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3208520172
TELÉFONO FIJO	—o—	CORREO ELECTRÓNICO	—o—	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cll 1 # 8-11			ZONA	Urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Las mercedes	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	—o—			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—o—
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Oscar Trujillo	TELÉFONO CELULAR	3209415081	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	2022

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I		3
										1		1	1						

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO

3.2 ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	Assisti al grupo A. F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A que intensidad realizó la actividad física?	moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	No

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	No
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	No
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?.	No
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	No
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	No
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	No
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	No
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	No
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	No
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	Exelente

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios uno a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguno
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de barrera manifestada en pregunta anterior(es)?	10

PESO	82	TALLA	1.79	IMC	26.6	CLASIFICACION	Obesidad 1	PERÍMETRO DE CINTURA	81	CLASIFICACIÓN	[illegible]

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre los mismos	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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	X

Diego Trujillo				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Diego Trujillo	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO	1082216399	NUMERO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 328

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6	
		CÓDIGO:	FO-PR-054
FORMATO	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha: 18/07/2023	

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/03/2024	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Ana Sofia Alvarado	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenina		ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO 17/04/10
TIPO DE DOCUMENTO	T.I	NÚMERO DE DOCUMENTO	1076903868	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia		NACIONALIDAD	Colombiana	
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Estudiar	NIVEL EDUCATIVO	Secundaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2		TELÉFONO CELULAR	3138503697	
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 5 # 14-45		ZONA	Urbana	
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	San Pedro	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	Kilian Ortiz		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	3138503693	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Kilian Ortiz	TELÉFONO CELULAR	3138503693	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 29 años			30 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	4
				/			/					/	/					

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE						3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE					
1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?		1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	
						4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?		5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?			
3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO		3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL						3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO	
6. ¿A que intensidad realiza la actividad física?		1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?		1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?		2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?		3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez esta lista para consumir y antes de probarla?		1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	
										2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	
3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		3.6. MORBILIDAD REPORTADA									
3. En los últimos 7 días, ¿cuanto tiempo durmió en promedio en la noche?		1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?		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?.		3. ¿Su medico le ha informado que tiene alguna condición medica que pueda empeorarse con la actividad física?		4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?		5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	
										6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, perdida del gusto y del olfato?	
3.6. MORBILIDAD REPORTADA								3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES			
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?		8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?		9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?		10. Diría que su estado de salud es		1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?		2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	
										3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	

PESO	56	TALLA	1.68	IMC	[illegible]	CLASIFICACIÓN	Riesgo	PERÍMETRO DE CINTURA	65	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 practica de actividad física, así mismo en mi calidad de acudiente de ______. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	✓
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas asociadas, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	✓
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	✓

Kilian Ortiz				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Kilian Ortiz	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO	1052215597	NUMERO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 328

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCION Y REGISTRO DE USUARIOS		CÓDIGO: FD-FR-034
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Kirlian Martiza Ortiz	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	24/09/92
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1082215597	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	colombiana
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Técnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	313 350 3697
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 5 # 14-45			ZONA	Urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	San pedro	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— o —			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Josué Rojas	TELÉFONO CELULAR	320 904 1693	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	SI	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
				/			/					/	/					4

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	SI
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	1

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	0
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?.	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguno
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	9

PESO	66	TALLA	1.56	IMC	27.6	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	92	CLASIFICACIÓN	Riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 practica de actividad física, así mismo en mi calidad de acudiente de ______________ . Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID 19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre los mismos.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS. Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de las 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.	X

Kirlian Ortiz				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Kirlian Ortiz	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1082215597	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5
		CÓDIGO:
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCION Y REGISTRO DE USUARIOS	FD-FR-054
		Fecha: 16/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 326	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE				URL GRUPO AF (FANÉ PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Oscar Javier Duran	SEXO DE NACIMIENTO	Masculino/hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	26/10/73
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NUMERO DE DOCUMENTO	1082715978	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia		NACIONALIDAD	Colombiana	
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACION LABORAL	Trabajador	NIVEL EDUCATIVO	Técnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2		TELÉFONO CELULAR	3204115081	
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	— 0 —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 4 # 14-44		ZONA	Urbano	
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	San Pedro	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— 0 —		TELEFONO DEL ACUDIENTE	— - —	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Jurly Yurma	TELEFONO CELULAR	3204115081	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	SI	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	4

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO
2. ¿Cuántos días a la semana?	0
3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	SI
2. ¿Cuántos días a la semana?	3
3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	Asiste al grupo A.F
5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—
6. ¿A que intensidad realizó la actividad física?	moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1
2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1
3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO
2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. 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)?	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?.	NO
3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que puede empeorarse con la actividad física?	NO
4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO
5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?	NO
6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO
8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO
9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—
10. Diría que su estado de salud es	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguna
2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—
3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	81	TALLA	170	IMC	[illegible]	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	85
CLASIFICACIÓN	Riesgo								

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19 entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	X

Oscar Javier Duran

Oscar Ivan Trujillo Ocampo

NOMBRE COMPLETO	Oscar Javier Duran	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO	1082215978	NUMERO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.326

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 8
		CÓDIGO:
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		FO-PR-084
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/03/2024	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082.215 328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Milani Duran Yacuma	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	15/09/17
TIPO DE DOCUMENTO	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	1032217726	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Estudia	NIVEL EDUCATIVO	Primaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3204115081
TELÉFONO FIJO	— — —	CORREO ELECTRÓNICO	— — —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 4 # 14 - 44			ZONA	Urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	San Pedro	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	Leidy Yacuma			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	3204115081
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Leidy Yacuma	TELÉFONO CELULAR	3104115081	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	3

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	

3.2 ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?		4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?		5. Si su respuesta anterior fue OTRA, menciones ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		**3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO**		**3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL**						**3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**					
6. ¿A que intensidad realizó la actividad física?		1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?		1. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "porciones" de fruta consumió en el día?		2. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "porciones" de verdura consumió en el día?		3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez esta lista para consumir y antes de probarla?		1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?		2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días había alguien en su casa que fume en su presencia?	

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**											
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?		1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?		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?		3. ¿Su medico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?		4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?		5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?		6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	

3.6. MORBILIDAD REPORTADA								**3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**					
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?		8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?		9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?		10. Diría que su estado de salud es		1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?		2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?		3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	

PESO	40	TALLA	1.12	IMC	20.1	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	42	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: 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 prácticas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19 entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	x	
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	x	
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover y divulgar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de las 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 rendición de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.	x	

Leidy Yesmid Yacuma				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Leidy Yacuma	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1082215890	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082 215 328

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 8
		CÓDIGO:
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		FD FM 054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082 215 328	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Angi Lorena Romero	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	23/08/02
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1084304939	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia		NACIONALIDAD	Colombiana	
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Trabajar	NIVEL EDUCATIVO	Profesional	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2		TELÉFONO CELULAR	3228169916	
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— — —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 5B # 7A - 47		ZONA	urbana	
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	San Carlos	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— o —		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Ana Milena Casas	TELÉFONO CELULAR	310 215 2946	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Perifoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	SI	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			29 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	3
										/		/	/					

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. monta diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realiza actividad física en su tiempo libre?	SI	2. ¿Cuántos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	Asiste al grupo A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO		3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL						3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO			
6. ¿A qué intensidad realiza la actividad física?	moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	0	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumirla y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		3.6. MORBILIDAD REPORTADA											
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	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?	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA								3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES					
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diría que su estado de salud es	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿qué tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	62	TALLA	1.67	IMC	21.6	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	70	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria ... 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 tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas	x	
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a las entidades y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	x	
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo el cual servirá como evidencias para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las 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.	x	

Angi Carolina Romero				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Angi Lorena Romero	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	[illegible]	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 328