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 Dias
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 María.
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 maría 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 Social 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 YAGUARENA 2026



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



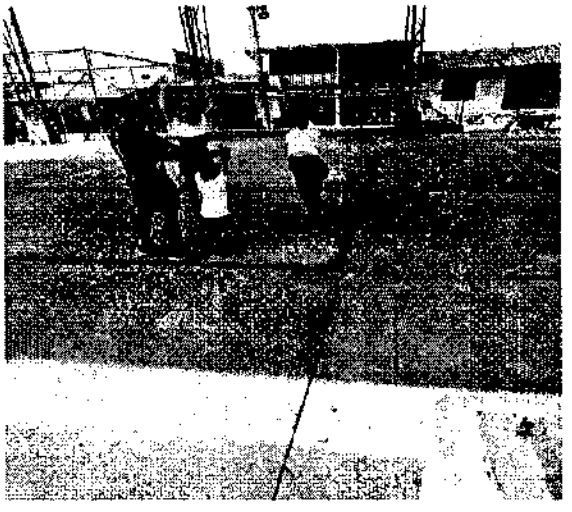
JORNADA DE TAMIZAJES CON EL GRUPO REGULAR DE IQUIRA FIT



ACESORIA A HOGARES DEL GRUPO REGULAR SEGUNDA VISITA



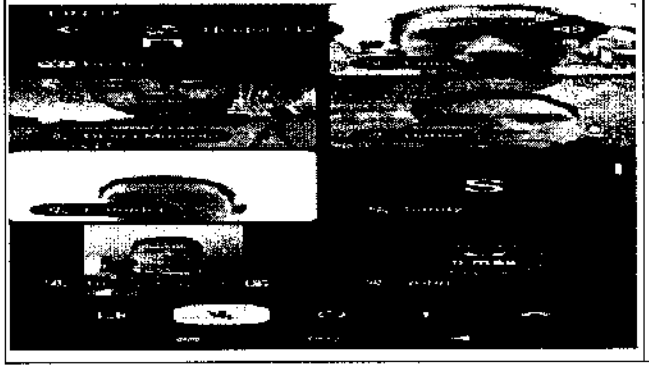
PAUSA ACTIVA PARA PROMOVER HEVS – ALCALDIA DE IQUIRA



REUNION VIRTUAL CON EL GESTOR DEPARTAMENTAL HECTOR MALVINI LUGO



JORNADA DE INDUCCION Y REINDUCION EN EL HOTEL LOS GABRIELES DEL MUNICIPIO DE RIVERA





	PROCESO	Versión: 4
Inder Huila	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	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 YAS:	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 Alvares
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 Vanessa 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	Version: 3
Neiva Huila	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	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 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																						Maria Irsa Roa
17	CABRERA LEIVA	CLAUDIA JIMENA	26.515.161																						
18	PERDOMO OBREGON	ANA MARCELA	26.515.922																						Ana Perdomo
19	CASTRO SORA	ANDREA CAMILA	1.193.214.922																						Andrea Castro
20	POLANCO TORO	DANIELA	1.084.869.518																						Daniela Toro
21	CAPERA ALAPE	CLAUDIA LORENA	1.115.790.317																						Claudia Lorena Capera
22	ORTIZ EPIA	LISBETH MAYERLY	1.084.867.735																						
23	TAMAYO PERDOMO	LEIDY MARIA	1.075.231.272																						Leidy Maria Tamayo
24	URUEÑA	MAGNOLI FLOR	37.278.656																						Magnoli Flor
25	CABRERA CABRERA	DIANA MARCELA	1.084.870.009																						
26	CERQUEA	KARLA	10.755.256.136																						Karla Maria Cerquera
27	PERDOMO	ADRIANA	26.515.849																						
28	FIGUEROA	MILENA	55.066.284																						
29	CABRERA	JIMENA	26.515.161																						Jimena Cabrera
30	CASTRO	CAMILA	193.214.922																						Camila Castro
31	PARRA GOMEZ	LEIDY	1.013.609.957																						Leidy Gomez
32	RIVAS PARRA	JOSUE	10.298.900.639																						Josue Rivas P
33	CASTRO	MILENA	26.424.353																						
34	TRUJILLO	SAMUEL	1.084.868.421																						Samuel Trujillo
35	TRUJILLO	MATEO	1.084.870.146																						Mateo Trujillo

	PROCESO	Versión: 3
Huila	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	CÓDIGO: FO-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 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	1.075.796.420	X	X			X		X		X		X		X	X							Vallery 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							[illegible]
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							Arg [illegible]
46	GUARNIZO BARRETO	LINA MARCELA	1.075.229.881	X		X		X	X			X	X			X	X							Lina Marcela Guarnizo
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						M [illegible]
51																								
52																								
53																								
54																								
55																								

	PROCESO	Versión: 4
Pide afiliado	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	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 PARQUE PRINCIPAL	SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 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	Y			X	X							Juliana 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	Y			Y	X							Natalia Fierro
4	ISABEL ANDRADE	NOHORA	26.425.600	X	X			X	Y			X	Y											Nohora Sevard
5	CORONADO	CAROLINA	1.029.888.151	X	X	Y		X	Y			X	X			X	X							
6	ORTIZ	MARITZA	1.082.215.597	X	X			X	Y			X	Y			X	X							Maritza Ortiz
7	SOFIA ALVARADO	ANA	1.075.103.868	X	X			X	Y			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	Y			X	Y			X	Y			X	X							Melani Duran Y
10	CAROLINA ROMERO	ANYI	1.004.304.639	X	X			X	X			X	X			X	X	Y						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	Y			X	X			X	X	Y						Marco Trujillo O.
14	LIZCANO PALOMINO	EMANUEL	1.075.511.637	X	X			X	X			X	X			X	Y							Emanuel Lizcano
15	TRUJILLO OLAYA	ASTRID	36.306.313	X	X			X	Y			X	X			X	Y							Astrid Trujillo

indeportehuila	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 Jair Trujillo Alvarez	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	v							Thalia Vallejo
17	TOVAR RAMIREZ	ANA MILENA	26.607.922	x		x			x	x		x		x			x	x						Ana Milena Tovar
18	CHILA MONTAÑA	ANA SOFIA	1.004.305.002	x	x			x	y			x	y			v	x							Ana Sofia Montaña
19	CONTANZA MONTAÑA	NORMA	52.466.210	x	x			x		x			v				x							Norma Montaña
20	CHILA MONTAÑA	KEVIN	119.272.416		c	x		x	y			x	x			x	x							Kevin montaña
21	FAJARDO RAMIREZ	YANETH	26.607.858	x	y				x	x		y	y				x	y						Yaneth Fajardo
22	ZUÑIGA RIVAS	MARINA	26.514.800	x	x			x	x				x	p		x	v							Marina Zuñiga
23	ALVIRA RAMIREZ	BLANCA LIGIA	55.161.846	v	x	y			y	y			x	x			x	y						Blanca Ligia
24	LEIVA TAVERA	MARIA FERNANDA	1.082.217.203	x		x		x	y			x	y			x								Mafe Leiva
25	HERNANDEZ ARAUJO	FRANCIA ELENA	26.606.989	x	y			x	x				x	x			x	y						Francia Elena Hernandez
26	ALVAREZ CUEVAS	MAGNOLIA	26.607.673		x	x		x	y			x		y		x		y						Magnolia Alvarez
27	FERNANDO VARGAS	LUIS	1.082.215.204	x	x			x	y				x	x			y	x						Luis Vargas
28	MILED YUSTRES	MERCY	26.606.907	x	y			x	x				x	x		x	x							[illegible]
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	v							Gisela Perdomo
31	ROJAS MEJIA	GISELLE TATIANA	1.082.214.971	x		x		v		x			v	x		x	x							Gisselle Tatiana M
32	RAMIREZ LOZANO	LINA MARCELA	1.076.508.138	x	x				y	y			x	x			x	y						[illegible]
33	EUGENIA PAVA	MARIA	31.953.292	x	v			x	y			x	x			x	x							Maria Pava
34	YUSTRES GARCIA	DANIELA	1.082.217.163		x	y		y	x			x	y			v	y							[illegible]
35	MILENA ALVARADO	SANDRA	1.082.214.300	y	p				x				x	y		x	y							[illegible]

	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 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 Hernandez
41	ALEJANDRA ACUÑA	DAYANA	1.004.305.272	x	x			x	x			x	x			x	x							Dayana Cuña
42	JIMENA TOVAR	CLAUDIA	26.607.143	x		x			x	x			x	x			x	x						
43	MARIA BARRETO	JIMENA	26.607.153		x	x		x	x			x	x			x	x							Jimena barreto
44	ALEJANDRA GARCIA	MARIA	1.082.215.024	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 ELENA	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							Yina Trujillo
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	Versión: 4
YAGUARA	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	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																	
2	CORDOBA RAMIREZ	CLAUDIA JIMENA	10 872.159.947																	
3	QUINTERO CERQUERA	ISABELLA	1.082.216.240																	
4	AGUIRRE	ALEJANDRA	1.082 217 022																	
5	POLANCO POLANCO	OSCAR FERNANDO	1.082 214 416																	
6	PARRA	ISABEL CRISTINA	1.014 408 786																	
7	RAMOS	SOLANYI	1.004 305.194																	
8	HOYOS CORREDOR	LUIS FERNANDO	1.082.216.820																	
9	CORONADO CERQUERA	ANDREA	1.082 214.568																	
10	POLO TOVAR	LUIS HERNEY	83 238 116																	
11	POLO CORONADO	DAVID	1.076 509.519																	
12	POLO CORONADO	ANDRES	1.029.892 129																	
13	POLO CORONADO	MARLON	1.076 509 519																	
14	POLO TOVAR	JHOAN SEBASTIAN	1.082.216 339																	
15	CORONADO	VIOLETA	1.075 630.119																	

	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 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	Y			X	Y			X	Y			X	Y							Andres Araujo
17	SAAVEDRA TRUJILLO	ASHLY BRIYITH	1.193.128.718	X	Y			X	X			X	Y			X								Brigitte 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	Y			X	Y						Harold Ipio
20	PEREZ URIBE	SAMUEL	1.075.799.230	X	Y	X		X	Y				X	X		X	X							Samuel Uribe
21	PERDOMO LEIVA	KAROL JULIETH	1.130.024.225	Y	Y			X	X	Y		X		X		X		X						
22	VAICUE	ANDRES FELIPE	1.082.216.244	X	X			X	X			X	Y			X	Y							Andres Vaicue
23	CHILA	KEVIN	11.127.224.416	X		Y			X	Y			X	Y			X	Y						Kevin Chila
24	LARA RIVEROS	NIKOL SOFIA	107.650.846	X	X			X	Y			Y	X			Y	X							Nikol Lara
25	COLLAZOS DURAN	LEONELA	1.130.024.245	X	Y			Y	X			X		Y		X	X	Y						Leonela Duran
26	ARAUJO RAMIREZ	SARA LUCIA	1.130.024.243	X	Y			X		X		Y	X			X		Y						Sara Lucia A.
27	MEJIA RAMIREZ	MARIA JOSE	1.082.215.862	X		Y		X	X			X	X	Y		X	X	X						Maria Jose Mejia
28	RAMIREZ PEREZ	NATALIA	1.075.266.318	X	X			X	X			X	X			X	X							Natalia Ramirez
29	TOVAR RAMIREZ	PAULA JULIANA	1.077.236.152	X		X			X	Y			Y	X			X	Y						Paula Tovar
30	CHIMBACO	ALEX	1.004.304.996	X	X			X	X			X	X			X	X							Alex Chimbaco
31																								
32																								
33																								
34																								
35																								

Instituto Deportivo	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 4
	FORMATO: Ficha de Seguimiento a Grupos Regulares y No Regulares de Actividad Física	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 BETANIA	SEMANA EPIDEMIOLÓGICA DESDE: 9	HASTA: 12
DEPARTAMENTO:	HUILA	MUNICIPIO:	YACUANQUER	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							
3	RAMIREZ CORDOBA	EDNA ROCIO	1.082.216.829	X	X	X		X	X	X		X	X	X		X		X						
4	ANDRADE SUAREZ	OLDINEILY	1.082.215.357	X		X		X		X		X	X				X	X						
5	ANAYA	OLIVIA	1.082.214.516	X	X	X			X	X		X	X			X	X							
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							
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							
11	MONTENEGRO VARGAS	CAMILA	1.080.296.518	X	X			X	X			X	X			X	X							
12	FIERRO	ROMINA	1.082.217.387	X	X	X			X	X			X	X			X	X						
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	65.708.261	X				X								X	X	X						

	PROCESO	Versión: 3
Indeportes Huila	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	CÓDIGO: FO-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	O							
17	GASCA	DANA LILIANA	1.075.270.479	X				X	X				X					X						
18	BERMUDEZ	SOLANY	1.080.185.260		X	X			X	X		X	X			X	X							
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						
21	PINZON SAAVEDRA	LEIDY	1.082.214.450	X		X			X	X			X	X		X	X							
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							
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	1.075.300.416	X	X			X	X			X				X	X							
31	MALLUNGO	MARIA GUADALUPE	1.080.299.519		X	X			X	X			X	X			X	X						
32	VARGAS	LILIANA	1.082.216.265	X		X		X	X			X	X			X	X							
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							
35	FIERRO PERDOMO	NOHORA ISABEL	1.029.888.151		X	X		X	X			X		X		X	X							

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 ADULTO MAYOR	SEMANA EPIDEMIOLÓGICA			
				DESDE:	7	HASTA:	12
DEPARTAMENTO:	HUILA	MUNICIPIO:	YAGUARÀ	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	Y	Y	X		
13	CUMBE	CLAUDINA	26.591.450	X	X	Y	X		
14	ROJAS LEIVA	ELIASAR	4.946.641	X	X	X	X		
15	MONJE PERDOMO	ELIECER	6.495.030	X	X	X	X		

	PROCESO	Versión: 3
Inder Huila	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	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	26.514.699	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 YUSTRELZ	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	PIERRO 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		CÓDIGO: DH-FDS-FD1
	PROCESO DE FOMENTO AL DESARROLLO SOCIAL	VIGENCIA: 4/03/2025
	PLANILLA DE ASISTENCIA	VERSIÓN: 2

7/03/2026	7/03/2026	TEQUEL	ESE SAN ROQUE
11.00 AM	12:00 M	OKMA TEQUILA	PAUJIL ACTIVO

1	Laura Daniela Tosano	1004494129	25	3152572895	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	Laura Daniela Tosano.
2	Karen Natalia Laguna	1007278571	29	3212682786	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	Karen Natalia Laguna.
3	Laura Camacho	1084925693	27	3226391779	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	Laura Camacho
4	Cesar Felipe Cuervo D.	1084934030	33	3204033158	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	Cesar Felipe Cuervo D.
5	Catherine Polo	1084924420	32	3206950232	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	Catherine Polo
6	Yaneth E. Silva Perez	26053122	45	3145972871	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	
7	Angela Mª Mondragon P.	26593390	47	3114520513	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	
8	Yeiffer Tatiana Bonilla	NUIP925120	29	32KDP33911	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	
9	Yuli Fernanda Herrera	1083943257	27	3216237231	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	Yuli Herrera.
10	Lisa Maricle otálora Castillo	1075295306	29	3146230824	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	Lisa Maricle
11	Miriam Yolima Pérez	26593 151	51	3143431039	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	Yolima Perez
12	Laura Montealegre	1084924634	32	3115241033	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	Laura M2.
13	Norma Constanza Tpuz	26593248	49	3228983306	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	Norma Constanza
14	Elva Clarena Montealegre	26593797	42	3125966766	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	Clarena M2
15	Yuli Constanza Pastrana	1030559996	36	3209896099	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	
16	Derly Perdomo 2	1004494193	26	3143196533	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	Derly PERDOMO
17	Yomaira Andrade L.	26593901	41	3224040134	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	Yomaira Andrade L
18	Modesto Hernández M	3661139	66	3143523045	M	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	Modesto Hernández M
19	Cesar Rojero	1004435467	23	3143846358	M	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	Cesar Rojero
20	Kelly Katherine Cerqueda	1084924092	33	3105849145	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	KATHERINE C.

Juan Tomás Ramos

1032215328

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

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

12/03/2026 10:00 AM	12/03/2026 11:00 AM	YAGUARA Oscar Trujillo	ACUAIDIA DANZA ACTIVA RUMBO DEPORTIVO

1	Paula Andrea Ramirez	1082216205	30	3102535072	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	Paula Andrea Ramirez
2	Paola Andrea Ramirez Meza	1082216907	27	3232259151	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	
3	Erica Vargas A.	26.609.430	48	3143923315	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	
4	Dania M Valderrama	26.607.768	43	3104472168	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	
5	Karol Tatiana Ateste T	1082216528	29	3223051772	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]	40.794.210	55	3101062[illegible]	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	
9	[illegible]	26607895	43	3134915128	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	Kaila Leiva.	26607924	41	3173739364	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	
12	Ana Lucia Salgado	1082215718	32	3184713509	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	Angelica Polania	1082.213.661	36	3164932201	M.	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	
15	Laura M. Suaza B	1014201618	36	3107271942	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	
16	Kayla A. Perdomo C	1075321066	26	3124997001	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	
17	Maria Linda V	26603107	55	3212282586	F	N/A	N/A	NO	NO	NO	NO	
18	Lucy Perdomo	26606981	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	3208279462	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		CÓDIGO: DIH-FDS-F01
	PROCESO DE FOMENTO AL DESARROLLO SOCIAL	VIGENCIA: 4/03/2025
	PLANILLA DE ASISTENCIA	VERSIÓN: 2

26/03/26	2:30 Pm	2 horas	Alcaldía
2:00 Pm	2:30 Pm	Oscar Trujillo	Pasa Natura

1	Natalia Vargas T	1082244899	26	3229400283	f	NO	NO	—	NO	NO	NO	
2	Mary Cabeda Tejano	1084869151	29	3102844747	F	NO	NO	AVA	NO	NO	NO	
3	Yenny Jamir Losada	26.514.975	63	3124378547	F	NO	NO	No	NO	NO	NO	
4	Gustavo Marcen E	83245641	55	3202225866	M	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
5	Gerardo Jair Duque	85246047	50	3114120095	M	NO	NO	N/A	NO	NO	NO	
6	Erika Pérez C	1083866465	28	3174618324	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Erika Pérez C
7	Natalia Cardona E	1007464014	24	3125286126	M	No	NO	NO	NO	NO	NO	Natalia Cardona E
8	Sandy Tierradentro	26515456		3137143728	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
9	Mc Alejandra Gobyan	1084868733	31	3108546440	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10	Yaffredy Angel Cabrera	1082866981	37	3176359137	M	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11	Vilma S. Gonzalez	55106285	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]	1084867730	19	3147615[illegible]	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
14	Jhenifer Camila Arbeláez	1004472537	22	3115319819	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
15	Margareth E Cano Parra	1084287940	31	3091660336	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16	Karol J. Santos Zúñiga	36357162	44	3142521355	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
17	Angie Rivera F.	1084866933	36	3214206475	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
18	Juan José Trillos P	1075176745	20	3134736483	M	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
19	Alejandra Martínez	79617-754	52	3124541104	M	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
20	Angelica María Pérez	1083[illegible]823	33	3146137245	F	NO	NO	N/A	NO	NO	NO	Angelica Ma Perez

Oscar Juan Trujillo Ramírez

1032[illegible]327

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		CÓDIGO: DIH-FDS-F01
	PROCESO DE FOMENTO AL DESARROLLO SOCIAL	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	Pesca cautiva

1	Steffany Gutierrez Tovar	1082263491	30	3132978120	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2	María del socorro Q	26607484	47	3214689994	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	María 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 Muñoz	36342586	41	3102142641	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
6	Erica Yuleth Trujillo C.	1082216536	29	3166285576	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Erica Trujillo
7	Libia Andrea Cuello Fors	1065815394	30	3113237328	F	NO	SI	SI	NO	NO	NO	
8	Leidy Y. Uribe P	1082216013	28	3148373202	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Leidy Y Uribe P
9	Nohemi Perez	51820572	60	3022142375	F	NO	SI	—	NO	NO	NO	
10	María Elena Mesa A	26606973	56	3143903186	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11	Kelly Yohana Valderrama	1082216225	30	3104491029	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Kelly Yohana Valderrama
12	Ruth Damaris Mollano	26607141	55	3125654111	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Ruth Damaris Mollano
13	Nayoli Andrea Ramirez M	1082216907	27	3232599951	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
14	Paula Andrea Ramirez Q.	1082216205	30	3109535092	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Paula A Ramirez
15												
16												
17												
18												
19												
20												

Oscar Ivan Trujillo Arango

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.

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)	Juan Fernanda Perdomo
No Cédula de Ciudadanía	26 607 417
Firma	
Dirección del Hogar	Calle 58 # 12-51

Nombres y numero de documento de los integrantes del hogar y participantes de la estrategia	1. Luis Fernando Rodamo C.C. X T.I. __ 26 604 412 Número de teléfono: 320 345 7998 Correo electrónico: — • — 2. Luisa María Jovel Padoma C.C. X T.I. __ 1004305226 Número de teléfono: 3106697925 Correo electrónico: — • — 3. Nicolas García Jovel C.C. __ T.I. X 1082267547 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 Campo

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

FECHA	10 00 AM 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 Isaias Duarte Cancino	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 recreativas con actividad Física en el municipio de Yaguará.

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

realizar Torneos al grupo regular del parque principal y al grupo de Yaguará unnes.	Sandra Milena Cabrejo A	03/03/2026

el PIC, se compromete con ayudar a los torneos de los grupos regulares y en banda apoyo con toma de tensión arterial el día del evento masivo de running y rumba que se llevara 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 CAMPOALEGRE	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 EXTRANJERO (Marque "SI" o "NO")	LGBTIQ (Marque "SI" o "NO")	FIRMA
1	Sandra Mled Cabanzo A.	26608371	50	3202331559	F							
2	Oscar Ivan Trujillo	1082215328	34	3204150981	M							
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

Oscar Ivan Trujillo Arango

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

Fecha inicio de la actividad:	27/03/26	Fecha finalización de la actividad:	27/03/26	Municipio:	Tesalia	Lugar de desarrollo de la actividad:	Valle Frío	Zona Rural:	Zona Urbana:
Hora inicio:	3:00 Pm	Hora finalización:	7:00 Pm	Nombre del responsable:	César Trujillo	Dirección:	Carrera 6 # 5-09		

N°	NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	EDAD	TELÉFONO	SEXO	PERSONAS CON DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	VICTIMA DE VIOLENCIA Y CONFLICTO ARMADO	CAMPESINO	AFRODESCENDIENTE	LGBTIQ+	FIRMA
1	Mishel Paynna Cuadro	1082214497	18	3150812897	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Mishel Paynna C.
2	Jose Angel Reyna Vega	1082215898	32	3182200024	M	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Jose Angel R. V.
3	Santiago Agudelo Cuellar	1004305086	24	3177765585	M	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Santiago Agudelo C.
4	Wilmer Medina Andrade	83.238.128	41	3103900802	M	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
5	Sandra Milena Cabrera	26.601.160	48	3138816489	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
6	Yenifer Ortiz Perdomo	26.607.916	44	3207400658	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
7	Ma Camila Collazos M	1.082.216039	32	3153963094	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
8	Yeraldy Yanny Quintero	26601789	43	3107595007	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
9	Nancy Gomez Rios	26.607.421	48	3166886723	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10	Mª Alejandra Mejía R.	1082215452	34	3125033576	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
11	Jennifer L Cabrera R.	1.082.216043	32	3102448244	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
12	Yamile Espinosa Tiria	26607041	56	3143743411	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
13	Yessica Oyaguro	1082215762	32	3205597681	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
14	Yuliza Feli Meli	26601936	42	3201078?	F	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
15	Luis Fernando Vargas	1082214794	39	3134130329	M.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16	Mayor Andrea Ramirez M	1082216407	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 Jair Trujillo Vargas

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE

C.C. 1052215318

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 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 (día/mes/año)	27/03/26	Fecha de la Capacitación	31/03/26	Responsable	Yajaira	Lugar de la Capacitación	Calle Larga	Zona Rural	Zona Urbana
Hora	5:00 Pm		7:00 Pm	Cargo del Responsable	Gestor Territorio		Casa de la Cultura		

Nº	NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	EDAD	No. TELÉFONO	SEXO	¿PERSONAS CON DISCAPACIDAD?	GRUPO ÉTNICO	VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO	CAMPESINO (SI / NO)	CIUDADANO EXTRANJERO (Escribir "S" o "NO")	OTRO	FIRMA
1	Maria Loreto Salazar	1082215719	32	3138426359	F	NO						
2	Karol Tatiana Alvira	1082216326	29	3122531772	F	NO						
3	Mona M. Valderrama	26 607 768	43	3104477143	F	NO						
4	Karla V. Lozada	26607924	41	3173739364	F	NO						
5	Yaffons Lozada	1082203460	34	3146127556	M	NO						
6	Ana Cristina Hernandez	55130019	56	3114806623	F	NO						
7	Emma Liliana Perdomo	26607837	44	3245316[illegible]	F	NO						
8	Fabiola Erazo L	26607409	51	3142931099	F	NO						
9	Jose Andres Anayo	1082216099	39	3204217645	M	NO						
10	Eliana Duarcelis	26607825	43	3213040944	F	NO						
11	Yurth Espana Pardo	1082214344	39	3164191076	F	NO						
12	Yessica F. Meneses A	1082215447	35	3108041623	F	NO						
13	John Wilson Figueroa	82.278.109	41	3227643277	M							
14	Carlos Andres Trujillo	83.257 904	42	3113151886	M							
15	William Guarnizo	83237800	46	3137804262	M							
16	Ernesto Ayala	83237722	48	3204809238	M							
17	William Arevalo	1075109305	22	3175192595	M							
18	Jaime Bautista	83235300	62	3135[illegible]	M							
19	Wilson Bonilla	83.237.813	46	3115[illegible]223	M							
20	Hugo Eduardo Lara	1082215474	31	3207397147	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		CÓDIGO: DII-FDS-F01
	PROCESO DE FOMENTO AL DESARROLLO SOCIAL	VIGENCIA: 4/03/2025
	PLANILLA DE ASISTENCIA	VERSIÓN: 2

21/03/2025 5:00 Pm	27/03/2025 7:00 pm	Yoga Vivir Tranquilo	Vida Sana Cuerpo de la Mujer

1	Valentina Reyes	1088213179	26	3175443299	F								
2	Luis Fernando Vargas	1082214204	34	3154130329	M								
3	Luisa Fernanda Medina	26607976	42	3204018774	F								
4	Mercedes Cercedo	26606514	73	-	F								
5	Esperanza Colmbayoc	1082243383	34	3208345802	F								Esperanza QC
6	Paula Andrea O.	1004303192	24	3105466250	F								Paula Osorio
7	Isabel Martinez D	26607452	51	3226031715	F								
8	Luisa Alvarez	1007936147	25	3218062033	F								Luisa Alvarez
9	Ana Maria Castañeda	1192772992	28	3227810676	F								Ana Castañeda
10	Eduar Rodriguez S	1022214712	27	3213826707	F								Eduar Rodriguez S.
11	Vilma Isabel Trujillo M	26607429	50	3125968043	F								Vilma Isabel T.
12	Daniela Polania	1082216752	28	3202506951	F								Daniela Polania P.
13	Vanessa Triana	1075699631	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

Indeportes	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL FORMATO: FICHA DE INSCRIPCION Y REGISTRO DE USUARIOS	Versión: 6 CÓDIGO: FO-FR-084 Fecha: 19/07/2023

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 (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Dilia Ceyeca Cogora	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenina	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	26/10/83		
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	16515707	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	3124417314				
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:	Alemar Cogora	TELÉFONO CELULAR	3133396465	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	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 COMPARTIRAN 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?	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?	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, aun una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillo, 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 o 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 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. Otra que su estado de salud es	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en tres o más 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	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 mis anécdotas y contadme 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 realizar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, acordes de, los necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la obtención 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 Ceyeca Cogora	[illegible]	Oscar Ivan Trujillo Ocampo			
NOMBRE COMPLETO	Dilia Ceyeca	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	16 515 707	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	8/09/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.315.328	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 AFFANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP:			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Beatriz Perdomo	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	08/08/57		
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO 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	Ama de hogar	NIVEL EDUCATIVO	Técnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	313 418 7112		
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	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	— o —		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMARLA:	Isaias Diaz	TELÉFONO CELULAR	3138546344	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	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	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?	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 dedica diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asista al gym AF	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione cuál sera 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 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 esta lista para consumir y antes de probarla?	NO	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 estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO				3.6. MORBILIDAD REPORTADA									
5. 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 usted 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)?	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 deseo participar 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 fracturas 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 los creadores 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 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	[illegible]	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: 1.082.315.328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5
inderhuila	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCION Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: 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	Sandra Gongora	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	14/02/95			
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	26515685	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 2 # 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:	Libardo Dussan	TELÉFONO CELULAR	3103003770	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	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							

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 (de) usted montó 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 dedica diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	Obst. el 9:30 A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, nuestros ¿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	7. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2	8. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	9. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	0	10. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	11. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	12. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días tuvo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

3.3. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

13. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7	14. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	NO	15. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?	NO	16. ¿Se medica a la fecha que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	17. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	18. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO	19. ¿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

20. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	21. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	22. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	23. Diría que su estado de salud es	Bueno	24. ¿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	25. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	26. En una escala de 0 a 10 es 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	59.3	TALLA	1.52	IMC	1.52	CLASIFICACIÓN		PERÍMETRO DE CINTURA	95	CLASIFICACIÓN	Riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado/a acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales deseo participar y voluntariamente voy a participar bajo mi responsabilidad, asumiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, del mismo en mi calidad de asistente 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, como el 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 y fortalecer las publicaciones promocionales institucionales y material 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 evidencia de [illegible] 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	26515685	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
indeportes	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FD-FR-054
		Fecha: 18/07/2025

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	26593475	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	3102660440			
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 Cuervedes	TELÉFONO CELULAR	3233562930	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 SIEVE	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						

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 el menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿usted 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?	Montar al Caballo 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?	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 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 3 días, ¿durante cuántos de estos días bebió alguien en su casa que fuera en su presencia?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO 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 se olvida de glucosa o azúcar en la sangre en ayuno?	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 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	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 mencionada en pregunta anterior)?	9

PESO	68.3	TALLA	157	IBC		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 deseo participar y voluntariamente 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 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 gestionar y realizar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, acordes a los 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 implementación de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. X

Shily Abella C		Oscar Ivan Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO: Shily Abella	NOMBRE COMPLETO:	NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO: 26593475	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	6/03/2026	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	Miriam 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	Labores del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Técnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3133608132		
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	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)	— o —			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Yesid Cubillo	TELÉFONO CELULAR	3133608132	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	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	4
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 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?	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 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 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

9. 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 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

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 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)?	9

PESO	83	TALLA	1.62	IMC		CLASIFICACIÓN		PERÍMETRO DE CINTURA	73	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 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 otros. Por lo anterior, exonero al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y 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 controladores del Ministerio del Deporte y de ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, acordes 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 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: 1.082.215.328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCION Y REGISTRO DE USUARIOS	CODIGO: 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
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 AFIANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Sara Sofia Pedroza	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GENERO	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 EMP/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Estudiar	NIVEL EDUCATIVO	Secundaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	— - —		
TELEFONO FIJO	— - —	CORREO ELECTRÓNICO	— - —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cerca 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)	Sandra Gongora	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	3115913642		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Sandra Gongora	TELEFONO CELULAR	3115918642	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	3
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?		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 en respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

6. ¿A que intensidad realizó la actividad física?		7. ¿Durante los últimos 7 días cuanto 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 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?	

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

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?	

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?		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 en respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?		10. Dirla que su estado de salud es	

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

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?		2. Si en respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?		3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 se 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 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 intalación de los 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: 26609581	NUMERO DE DOCUMENTO:	NUMERO DE DOCUMENTO: 1.082.215.328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Version: 6
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CODIGO: FD-FR-054
		Fecha: 10/07/2023

FECHA DE INSCRIPCION	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 PAISE FACEBOOK O WHATSAPP:			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Juan manuel Gorgon	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	14/01/2003		
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 # 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)	Dilia Cerquera	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	3124419714				
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Dilia Cerquera	TELEFONO CELULAR	3124419714	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Pitufos	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	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. pasó 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, ¿cuanto tiempo diario dispuesto 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?	

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

6. ¿A que intensidad realizó la actividad física?		7. ¿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 cuantas "porciones" de verduras consumió en el día?		3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, ante vez esté 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 fume en su presencia?			

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

9. 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?	

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

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 exceso alto de azúcar en la sangre?	

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

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 considerable, 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?	

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?		10. ¿Cómo describiría en una escala de 0 a 10 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 dificultades mencionadas en preguntas anteriores)?		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?	

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?		3. En una escala de 0 a 10 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 dificultades mencionadas en preguntas anteriores)?			

	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 cardiorrespiratorios, 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 y 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.

Juan Manuel Gorgon		Oscar Ivan Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO: Juan manuel Gorgon	NOMBRE COMPLETO:	NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO: 1004492538	NUMERO DE DOCUMENTO:	NUMERO DE DOCUMENTO: 1.082.215.328

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS

Versión: 6 | CÓDIGO: FD-FR-054 | Fecha: 19/01/2020

FECHA DE INSCRIPCIÓN	6/01/2020	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	NEIVA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO CAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 925	NOMBRE DEL GRUPO	KIARA 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 REMITENTE)			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Jeleta Gongora	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	29/01/99
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 (no aplica para usuarios de +edad)	—	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Dilia Cerquera	TELÉFONO CELULAR	3124419714	MEDIOS DE COMUNICACIÓN (DONDE 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

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	2
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
												1						

2.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿cuál fue la forma habitual en la que caminó o pedaleó para trasladarse 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 (en minutos) dedicaba a caminar o pedalear para trasladarse de un lugar a otro?	No	1. Durante los últimos 7 días, ¿cuál fue la forma habitual de ir al trabajo?	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 tiempo libre?	ajuste al cuerpo	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

2.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

2.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y BAL

2.5. HÁBITOS DE FUMADO Y SUEÑO

6. ¿A qué intensidad realiza la actividad física?	moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuanto 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 pidieron ser a la cantina, una vez está listo para consumirlo y sabor de preparar?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipa?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos días usted durmió en su casa que fueron en la noche?	NO

2.6. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

2.8. MORBILIDAD REPORTADA

3. En los últimos 7 días, ¿durante cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera o otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	NO	2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico o otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?	NO	3. ¿Le 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 12 días síntomas como: dolor de pecho, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

2.9. MORBILIDAD REPORTADA

2.10. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	No	2. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	3. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Dirá que su estado de salud es:	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera o razones que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física 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 mencionada en pregunta anterior)?	10

PESO	60	TALLA	158	IMC	24	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	60	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las actividades para la promoción de actividad física de las cuales decidí participar de manera libre y voluntaria por lo cual 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 actividades tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, exonero al Ministerio del Deporte, a entes deportivos 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 demás objetivos, alcances a las actividades y convenios a suscribir, usted y mis menores hijos/as, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. X

AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FILMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo el tomar registro fílmico y/o fotográfico a menores de edad consentido del Ministerio del Deporte y demás deportivos, el cual servirá como evidencia para promover y divulgar las publicaciones promocionales institucionales y nuevas actividades actividad de las inscripciones, eventos y capacitaciones de los consumidores al derecho a la actividad física. Con mi aporte, muy considerando su libertad de elementos en el que y la evidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. X

Jeleta Cor Gon		Oscar Ivan Trujillo Campo
NOMBRE COMPLETO	NOMBRE COMPLETO	NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO CAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO: 1 082 215 925

	PROCESO	Versión: 6
	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	CÓDIGO
	FORMATO	FD-FR-054
	FICHA DE INSCRIPCION Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha: 18/01/2023

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 (FANPAGE 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	TRABAJ DEL HOGAR	NIVEL EDUCATIVO	TECNICO	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	3212033376		
TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Carrera 6 # 1-31	ZONA	URBANA		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Los Zamanos	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:	Shirley Abella	TELÉFONO CELULAR	3102660440	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Periodico	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	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

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 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

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	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los o 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. En los últimos 7 días, ¿cuántas horas 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 o 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 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 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

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	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	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 asistente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgo cardiovascular, 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 FILMICO 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 modernización de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. X

Maria Ruiz | [signature] | Oscar Ivan Trujillo Ocampo

NOMBRE COMPLETO	Maria Ruiz	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	26.315.502	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

mindeporte	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL FORMATO: FICHA DE INSCRIPCION Y REGISTRO DE USUARIOS	Versión: 6 CÓDIGO: 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	1.082.215.208	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 (FANI 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	1034863452	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	TECNICO	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	3218455864		
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	CARRERA 5 # 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:	Sbalry Abella	TELÉFONO CELULAR	3215945864	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

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	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?	Monitor 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** | **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, justo en el momento de consumir o antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillo, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días ha dormido en su casa que fuma en su presencia?	NO

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

3. En las últimas 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 (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 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	Excelente	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 el mismo 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 el mismo 60 minutos, a pesar de (barrera mencionada en pregunta anterior)?	8

PESO	64	TALLA	160	IMC	24.9	CLASIFICACIÓN	Normal	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 decido participar 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, 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 y realizar 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 Tamayo | | Oscar Ivan Trujillo Ocampo

NOMBRE COMPLETO	Edna Rocio Tamayo	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1034863452	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.208

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
	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	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 (FANPAGE 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	Estudia	NIVEL EDUCATIVO	Secundaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	322267 9959				
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	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 (si es menor de edad)	Orlando Castañeda	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	314353 8177				
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Orlando Castañeda	TELÉFONO CELULAR	314353 8177	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	22		

6 a 9 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						

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó su desplazamiento caminando 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?

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

6. ¿A qué 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?

3.6. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

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)?

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

2. ¿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 hace 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

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 presentar manifestada en pregunta anterior)?

PESO	48	TALLA	151	IMC	1.75	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 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: Acepto 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 difundir las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades informativas y especiales 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 en los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. Y

Sally Castañeda			Oscar Ivan Trujillo Ocampo		
NOMBRE COMPLETO	Sally Alejandra Castañeda	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1076 303 793	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	8/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.378	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 (FAME PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Nathalia Cedeño	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	23/04/14
TIPO DE DOCUMENTO	CC	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/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Trabajan	NIVEL EDUCATIVO	Profesional	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3112623933
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	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)	— o —			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Jorge Cedeño	TELÉFONO CELULAR	313 350 2593	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 KEYS	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 trasladó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuantos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. usó de forma continua 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?	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?	Ninguna	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, ¿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. ¿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						

3.6. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO | **3.8. MORBILIDAD REPORTADA**

5. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	2	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 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						

3.8. MORBILIDAD REPORTADA | **3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Padece 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	Bueno	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 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 mencionada en pregunta anterior)?	10						

PESO	72	TALLA	1.68	IMC	25.5	CLASIFICACIÓN	Normal	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 FILMICO 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, los necesidades, informes y especificaciones 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

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

Huila Deportes	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 5
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		CÓDIGO: FD-FR-054
			Fecha: 16/07/2023

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 (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):					

1.

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Yesid Castillo Obrego	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	04/01/91
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	Trabajar	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:	Nuver Cedeño	TELÉFONO CELULAR	3133608132	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Antonio	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	SI	DEBIDO QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

2.

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	4
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I		
									3										

3.

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted invirtió 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?	Consejo en Grupo	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 que intensidad realizó 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 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 fumo en su presencia?	No

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

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 indicado 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

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. Dirías 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 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	1.68	IMC	24.6	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	72	CLASIFICACIÓN	Riesgo

4.

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física a las cuales participaré 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 los mismos 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 canales 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 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 Obrego	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	83245906	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

Orden Huila	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Versión: 8 CÓDIGO: FO.PR-054 Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	9/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	SEDE 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):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Juan David Castillo	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Hombre	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	20/12/97
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	1084869675	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	Técnico	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	3133608132	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	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			
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: 4
									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	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?	Monitor del grupo AF	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 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?	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 pipa?	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 medico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?	NO	3. ¿Un medico le ha informado que tiene algún sobrepeso o exceso 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 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. Dirías que su estado de salud se	Bueno	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, 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	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 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 divulgar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, alcances 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

NOMBRE COMPLETO	Juan Castillo	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1084869675	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

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

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	1.083 215 338	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 FF [FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP]:			

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	1083866218	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)	Shilly Abella			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	3204854350
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Shilly Abella	TELÉFONO CELULAR	3204854350	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Parlante	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	2
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?		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 dedica 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

6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?		7. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?		8. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?		9. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?		10. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez esta lista para consumirla y antes de probarla?	

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

11. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?		12. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días había alguien en su casa que fume en su presencia?		13. En las últimas 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?					

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

14. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?		15. ¿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?		16. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que puede empeorar con la actividad física?		17. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?		18. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

19. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?		20. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?		21. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?		22. Diría que su estado de salud es		23. ¿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?	

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

	PESO	51	TALLA	160	IMC	19.9	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	56	CLASIFICACIÓN	Normal	24. 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)?

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado/a 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; del 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 FILMICO 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, alusivas de los actividades realizadas y especialmente 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 ocurrencia 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	1.083.215.338

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 5
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		CÓDIGO: FD-PR-054
			Fecha: 16/07/2013

FECHA DE INSCRIPCIÓN	9/9/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	REL 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 DEL USUARIO

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	NÚMERO DE DOCUMENTO	66914742	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana		
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ETNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Trabajo	NIVEL EDUCATIVO	Tecnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	320 242 4458
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 4 # 9-58			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)	— o —			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Jorge Eduardo	TELÉFONO CELULAR	3243823008	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

2. CARACTERIZACIÓN DEL GRUPO

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. ACTIVIDAD FÍSICA

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?
No	0	NO

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?
SI	3	60	Asist. al grupo A.F	—

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?
moderada	2

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?
1	1	NO

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?
NO	NO

7. 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 glucosa en ayunas elevada (o azúcar en la sangre en ayunas)?	2. ¿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?
7	NO	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

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?
NO	NO	NO	NO

7. ¿Tiene 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. Día a que se asistió de salud es
NO	NO	—	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?	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]?
Ninguno	—	10

PESO	60	TALLA	1.56	IMC	24.6	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	71	CLASIFICACIÓN	Riesgo

4. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales deseo hacer parte y voluntariamente 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, exono 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 y divulgar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, ajustado a los 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

Nubia Gonzalez	[signature]	Oscar Ivan Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO: Nubia Gonzalez	NOMBRE COMPLETO:	NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO: 66 914 742	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	9/10/2025	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 (FAME PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Maria Orfa Amaguata	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	08/06/60
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 A # 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	Periodico	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 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. 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

6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	Moderada	7. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o reclinado diariamente?	2	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿De esas los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le aditiona sal a la comida, en la mesa sola lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillo, 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					

3.3. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

3.4 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. ¿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 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, (constipado), dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO					

3.4 MORBILIDAD REPORTADA

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

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, ¿Cual enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Dirá 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 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)?	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 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 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 demas normas complementarias. — X

AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Acepto 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 Orfa Amaguata		Oscar Ivan Trujillo Ocampo			
NOMBRE COMPLETO	Maria Orfa Amaguata	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO	36163381	NUMERO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

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

FECHA DE INSCRIPCIÓN	9/8/2023	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	Nana jose Cuadros	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	4/12/09
TIPO DE DOCUMENTO	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	1094441123046	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	Curien 3 #3-23	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)	Shirly abella	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	3102660430		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Shirly 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	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. 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 su tiempo libre?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

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 o la comida, sin ver esta 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, ¿cuántos días 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?.	

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

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

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 de una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

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)?							

	PESO	56	TALLA	1.56	IMC	22.2	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 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: Cedo/otorgo 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 ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material institucional, además de, las necesidades, intereses y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la división de información en el país y la realización de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. — X

NOMBRE COMPLETO	Nana Jose Cuadros	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1094441123046	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	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 (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Samuel Trujillo Diaz	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	9/12/11
TIPO DE DOCUMENTO	T.I	NÚMERO DE DOCUMENTO	1084868421	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana		
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Negro	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Contributivo	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Tolihuila
SITUACIÓN LABORAL	Estudia	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	Parlantico	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

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 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

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 estuvo alguien en su casa que fuma en su presencia?

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

8. 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?

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

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. Otro que es 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 o 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 mencionada 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 los sujetos 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 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 en 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	
NÚMERO DE DOCUMENTO	1084870196	NÚMERO DE DOCUMENTO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
				NÚMERO 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: 18/07/2022

FECHA DE INSCRIPCIÓN	05/09/2020	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	NEIVA	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	[redacted]	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (LINK PAGE FACEBOOK O WHATSAPP)				

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Sully 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	26515986	PAIS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana						
DISCAPACIDAD	N.A	CONDICIÓN	N.A	GRUPO ETNICO	N.A	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD		Contributi	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Famoy					
SITUACIÓN LABORAL	Trabaja	NIVEL EDUCATIVO	Universitario	ESTRATO SOCIOECONOMICO	2				TELEFONO CELULAR	3138546344					
TELÉFONO FIJO	N.A	CORREO ELECTRONICO	sullydiaz27@gmail.com	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	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	Periodico	CUENTA CON ACCESO A INTERNET		SI	BARRIO 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			NUMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	4
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 por lo 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 diario dedicaba a realizar actividad física en su tiempo libre?	60	4. ¿Cual es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	Asistir al Gimnasio 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 HABITOS DE TABACO Y SUEÑO**

6. ¿A que intensidad realiza la actividad física?	Moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuanto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	6	2. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "porciones" de fruta consumió en el día?	0	3. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "porciones" de verduras consumió en el día?	2	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: cigarrillo, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuantos de esos días tiene alguien en su casa que fuma en su presencia?	0

3.5. HABITOS DE TABACO Y SUEÑO | **3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

7. En los últimos 7 días, ¿cuantas horas duerme en promedio en la noche?	7	1. ¿Alguna vez le ha dicho un medico, (otro profesional) u otro profesional de la salud que tiene por lo menos alta la hipertensión arterial)?	NO	2. ¿Alguna vez le ha dicho un medico o cualquier profesional de la salud que tiene alto el nivel de glucosa o azucar en la sangre en ayuno?	NO	3. ¿Su medico le ha relacionado que tiene alguna condición medica 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 azucar alta en la sangre?	NO	6. ¿He presentado en los últimos 24 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal leve, somnolencia, dolor de cabeza constante, diarrea, perdida 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 una enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cual es la medida o condición de salud presente?	—	10. Cómo es 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 o dos veces por semana durante al menos 60 minutos?	VERGUENZA	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 dos veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de algunas manifestaciones de pereza o aburrimiento?	10

PESO	50 Kg	TALLA	1.58	IMC	20.0	CLASIFICACIÓN	NORMAL	PERÍMETRO DE CINTURA	69	CLASIFICACIÓN	NORMAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las actividades para la promoción de actividad física en las cuales participaré libre y voluntariamente y participar bajo mi responsabilidad, asegurando las recomendaciones del programa para la practica de actividad física tal mismo en calidad de asistente 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, alcalde deportivo y a sus contratistas de cualquier responsabilidad sobre los mismos.

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Comparezco a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y defensa deportiva, autorizo a los empleados 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 registros fílmicos y/o fotográficos a favor de los contratistas del Ministerio del Deporte y del área deportiva, el cual servirá como evidencia para publicación en las páginas oficiales, presentaciones institucionales y material audiovisual, informes de los mismos, y/o 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 privilegiada y la existencia de los planes, programas y proyectos en actividad física en el cuidado de vida, bienestar y salud de las personas.

NOMBRE COMPLETO	Sully Constanza Diaz	
NUMERO DE DOCUMENTO	26515986	
NOMBRE COMPLETO		
NUMERO DE DOCUMENTO		
NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO	
NUMERO 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: 15/07/2015

FECHA DE INSCRIPCIÓN	09/11/2020	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	RDL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.915.326	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 (FANPAGE 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	313354 6344		
TELÉFONO FIJO	— o —	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 DIAL	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	313864 6344		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	SOELY DIAL	TELÉFONO CELULAR	3138546344	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. RANGOS 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	4
M	M	I	M	M	I	M	M	I	M	M	I	M	M	I	M	M	I		
												1							

3. AUTOSCREEN DE PERSONAS DE RIESGO PARA PERMANECER EN CASA DURANTE EL AISLAMIENTO PREVENTIVO OBLIGATORIO

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted usará su bicicleta o caminará 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 usó usted normalmente su 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 aproximadamente a realizar actividad física en su tiempo libre?		4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en su tiempo libre?		5. Si en respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en su tiempo libre?		

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

3.3 HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

6. ¿A qué intensidad realiza la actividad física?		7. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?		1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de frutas consumió en el día?		2. ¿Cuántos días a la semana?		1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillo, pipa o puro?		2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días había alguien en su casa que fumó en su presencia?							

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y ALCOHOL

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

1. 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 han dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?		3. ¿Se ha dado la indicación que tiene algún condición o estilo que puede interrumpir o evitar 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?							

3.7. MORBILIDAD REPORTADA

3.8. 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 es la enfermedad o condición de salud presente?		10. Clima 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 una vez 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 dos veces por semana durante 60 minutos, a pesar de [illegible] cansado?							

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 AUDIOVISUAL O FOTOGRÁFICO

> [illegible] mayor de edad, [illegible]

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las actividades para la promoción de actividad física de los cuales deseo participar bajo mi responsabilidad, cumpliendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, así mismo en mi calidad de asistente de _____. Acepto todos los riesgos derivados con la participación en estas jornadas tales como: lesiones osteomusculares, riesgos de desbordamiento, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, exonero al Ministerio del Deporte, a[illegible] de cualquier responsabilidad sobre los mismos.	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Confiero a la Policía de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del suscrito deportivo, autorizo a los anteriores y consultores a recolectar, utilizar y usar la 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 [illegible] los escenarios del Ministerio del Deporte y diversos deportivos, el mismo será usado como evidencia para promover y fortalecer las publicaciones psicopedagógicas institucional y cultural, adicional de las necesidades, intereses y expectativas de la comunidad propuesta al derecho a la actividad física. Con mi aporte estoy contribuyendo en la difu[illegible] 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

Soely Díaz	[illegible]	Oscar Iván Trujillo Ocampo
NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL GRUPO	HUELLA DEL USUARIO	FIRMA DEL MONITOR DEL PROGRAMA HEVS
NOMBRE COMPLETO: Soely Díaz	NOMBRE COMPLETO:	NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO: 26 515 886	NÚMERO DE DOCUMENTO:	NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.082.915.326

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS

Versión: 8 | CÓDIGO: FD-FR-004 | Periodo: 13/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	09/07/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	NEIVA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.328	NOMBRE DEL GRUPO	NEIVA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			DEL GRUPO AF CRAE 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:	SOCIA DIAZ	TELÉFONO CELULAR	3138546344	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 NEIVA	22

2. SEXO DEL HOGAR

0 a 5 años		6 a 11 años		12 a 17 años		18 a 26 años		28 a 59 años		Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	
H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	I		4
								1						

3. ANTECEDENTES PERSONALES Y/O FAMILIARES PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR DE 45 AÑOS 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, ¿cuántos días usó usted como medio de transporte 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 (en minutos) usó usted habitualmente 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 no respondió caminar ¿cuál otra actividad física prefiere en el tiempo libre?				
NO	0		NO	SI	3	60	ABDOMINAL CARDIO BAILE	—				

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?	1. Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas veces comió "porciones" de verduras cocinadas en el día?	2. ¿Cuántas veces al día le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	3. ¿Usted lee adicionalmente algún producto de bajo en: comer, algunos, panes o pipas?	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco: cigarrillo, pipas o pipas?	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos días estos días fuiste alguien en su casa que fuma se en presencia?		
MUSCULAR	2	1	1	2	NO	NO	NO	NO	

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y ALCOHOL						3.6. MORBILIDAD REPORTADA							
3. En los últimos 7 días, ¿cuántos días bebió al menos un trago de alcohol?	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?		2. ¿Se recibe le ha informado que tiene algún condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?		4. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?		5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alto en la sangre?		1. ¿En promedio en los últimos 14 días sintieron como: dolor de pecho, tos, falta, dificultad para respirar, congestión nasal, fiebre, cansancio, dolor, pérdida del gusto y del olfato?	
7	No		No		NO		NO		NO		NO		NO

3.6 MORBILIDAD REPORTADA								3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES					
7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los últimos meses?	8. ¿Presentó otra enfermedad o condición de salud?		9. Si no respondió anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presentó?		10. Dirías que su estado de salud es		1. ¿Cuál es la principal fortaleza personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios con una duración de al menos 10 minutos?		2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?		3. En una escala de 0 a 10 en donde 1 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿cuál 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 30 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	
No	No		—		BUENO		NINGUNO		—		8		

4 MEDICIÓN ANTROPOMÉTRICA	PESO	90	TALLA	1.73	IMC	18.5	CLASIFICACIÓN		PERÍMETRO DE CINTURA	62	CLASIFICACIÓN	NORMAL

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

Marque con una equis (X) según respuesta del usuario

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los cuales de nuestra Eps y/o ustedes voy a participar bajo mi responsabilidad, cumpliendo las recomendaciones de higiénicas para la práctica de actividad física, así mismo en mi calidad de asistente de _____. Ahora bien, he tenido en cuenta que la participación en estas prácticas trae como lesiones musculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio por COVID-19, entre otros. Por lo anterior, exonero al Ministerio del Deporte, mi club deportivo y a sus dirigentes, de cualquier responsabilidad sobre las mismas.	X	
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS. Confiero a la Policía de nacionalidad de datos personales del Ministerio del Deporte y del club deportivo, acceder a las bondades y beneficios enunciados, 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 asistentes del Ministerio del Deporte y del club deportivo, el cual será usado como evidencia para promover e informar las publicaciones, presentaciones promocionales y material audiovisual, educativo, de comunicación, buscando y especialmente en las comunidad respecto al deporte y la actividad física. Con el apoyo estar comprometido en el país y la realización 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 DEPORTISTA	FIRMA DEL PROFESIONAL RESPONSABLE
		Oscar Juan Trujillo Ocampo

NOMBRE COMPLETO	JESUS HERNANDO TRUJILLO	NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	83245691	NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 1
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		CÓDIGO: FD-FR-054
			Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	01/01/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 083 245 309		NOMBRE DEL GRUPO	IQUIRA FIT		TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	[redacted]
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL		ESCENARIO	PARQUE		URL GRUPO AF (SABE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP)			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Marina Zuñiga	SEXO DE NACIMIENTO	FEMENINO	IDENTIDAD DE GENERO	MUJER		ORIENTACIÓN SEXUAL	Hetero x	FECHA DE NACIMIENTO	30-04
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NUMERO DE DOCUMENTO	26514800	PAIS DE NACIMIENTO	colombia		NACIONALIDAD	colombiana		
DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICION	Ninguna	GRUPO ETNICO	N.A	TIPO DE AFILIACION A SALUD	contributivo	NOMBRE DE ASEGURADORA	Sanitas	
SITUACION LABORAL	Oficios del Hogar	NIVEL EDUCATIVO	Bachillerato	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2		TELEFONO CELULAR	3124661475		
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRONICO	— —	DIRECCION DE DOMICILIO	Cr. 5-4-16		ZONA	Urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	S. Francisco	VIA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— — —		TELEFONO DEL ACUDIENTE	— o —		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMARA:	Karol Santos	TELEFONO CELULAR	3192629750	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	PERIFONICO	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS		1.0

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	4
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	

3.1. ACTIVIDAD FISICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted hacia en bicicleta o caminando 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, ¿cuanto tiempo Ud. hacia diariamente en bicicleta o caminado para desplazarse de un lugar a otro?	10	4. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	S	5. ¿Cuántos días a la semana?	3	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60	7. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	Anda Trote al Gimnasio A.F	8. Si su respuesta anterior fue OTRA, ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—	

3.2. ACTIVIDAD FISICA EN EL TIEMPO LIBRE | **3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO** | **3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y ENS** | **3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

9. ¿A que 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 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 molestaría si la ensalda, una vez esta lista para consumirla y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algun producto de tabaco, como cigarrillo, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuantos de estos días hubo alguien en su casa que fume en su presencia?	NO

3.6. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO | **3.8. MORBILIDAD REPORTADA**

3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió un promedio en la noche?	7	1. ¿Alguna vez le ha dicho un medico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presion arterial alta (o hipertension arterial)?	NO	2. ¿Alguna vez le ha dicho un medico o otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azucar en la sangre es alta?	NO	3. ¿Su medico le ha advertido que tiene alguna condicion medica que puede empeorarse con la actividad fisica?	NO	4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presion arterial alta?	NO	5. ¿Esta tomando medicamentos para su diabetes o el azucar alta en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los ultimos 24 dias algunos de los siguientes sintomas: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, escalofrios, malestar general, conjuntivitis, dolor de cabeza, cansancio, diarrea, perdida del gusto y del olfato?	NO

3.9. MORBILIDAD REPORTADA | **3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos ultimos 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. Dirá que su estado de salud es	BUENO	1. ¿Cual 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 ¿cual cual 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 en 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)?	10

	PESO	72.5	TALLA	1.60	IMC	28.32	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso I	PERIMETRO DE CINTURA	96	CLASIFICACIÓN	Riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de mi cuenta de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa en la practica de actividad física, me reconozco en calidad de asistente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas bajo estos lineamientos, riesgos eventuales, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, alcaldía, docentes y de sus contratistas de cualquier responsabilidad sobre los mismos.	X	
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Confiero a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y demás destinos, autorizo a las anteriores y conocidas anteriormente, utilice y trate mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X	
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FILMICO Y/O FOTOGRAFICO: Autorizo el tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los asistentes del Ministerio del Deporte y demás deportivos, el cual serán como evidencia para promover o divulgar las publicaciones, presentaciones, socializaciones y material audiovisual, impreso en las necesidades, mientras y exclusivamente de las actividades respecto al derecho a la imagen. Con el aporte, autorizo consentimiento en la difusión de información en redes y la inclusión de mis datos, imágenes 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: 1 083 245 309

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FO-FR-054
		Fecha: 19/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	05/10/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	NEIVA	VÍNCULO CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 226	NOMBRE DEL GRUPO	EQUIPO FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	CORREO, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	[illegible]
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			MED. CONTACTO AF (CORREO, FACEBOOK O WHATSAPP)			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Natalia Dussan	SEXO DE NACIMIENTO	Femenino	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	21/06/91		
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	1088367762	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana				
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Contributivo	NOMBRE EPS	Sanitas		
SITUACIÓN LABORAL	trabajar	NIVEL EDUCATIVO	universitaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3123478593		
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	Snikyo2805@gmail.c	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cll 3 N 7-100			ZONA	Urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Los Ampos	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 Cadero	TELÉFONO CELULAR	3188160386	MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y DONDE LE LOS QUE TIENE ACCESO	Ninguno	CUENTA CON ACCESO A INTERNET		SI	CUÁNTOS AÑOS PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22	

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

2.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted acostumbra utilizar la bicicleta o caminar 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 (de manera continua) dedicaba a caminar o bicicleta para desplazarse de un lugar a otro?	0

2.2. 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 practicaron (tiempo libre)?	ASISTIR al GYM H 17	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

2.7. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

4. ¿A qué intensidad realiza la actividad física?	Moderada

2.8. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

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

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?	0	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO	4. ¿Usted tiene alimentos según preparación de sabores, como: cigarrillos, gaseosa o pipas?	NO

2.5 HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumo en su presencia?	NO

2.6. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en 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, una enfermera u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	NO	3. ¿Le pueden decir los médicos 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 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

2.6 MORBILIDAD REPORTADA

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 cree su estado de salud es	EXCELENTE

2.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es su principal barrera personal que limitaba para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios que a tres veces por semana durante al menos 30 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 segura y 10 es muy segura. ¿Qué tan segura se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una vez tres veces por semana durante al menos 30 minutos, a pesar de tuviera cualquier tipo de problema de salud?	10

PESO	66	TALLA	1.68	IMC	20.1	CLASIFICACIÓN	Rango 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 deseo participar libre y voluntariamente y participar bajo mi responsabilidad, asegurando las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física del mismo en calidad de asistente de _____. Asumo todos los riesgos inherentes con la participación en estos previstos 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 manejo. — X

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, permito a las entidades y establecimientos mencionar, 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 todas aquellas filmas y/o fotografías a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover y dirigir los subdirectores, presentadores, entrevistadores y material audiovisual, televisión, radio, las emisoras, medios y especialmente de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en áreas y la ocupación de mi salud, promoción y prevención de salud física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas — X

Usuario(a) COMPLETO	Natalia Dussan	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	Oscar Ivan Trujillo Ocampo
NÚMERO DE DOCUMENTO	1088367962	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 226

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 1
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		CÓDIGO: FD-FR-054
			Fecha: 19/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	05/12/2023	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	NEIVA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR MARTAGUILLO OCAMPO		
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082116.328	NOMBRE DEL GRUPO	NEIVA 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	Karla María Cerquera	SEXO DE NACIMIENTO	FEMENINO	IDENTIDAD DE GÉNERO	FEMENINO	ORIENTACIÓN SEXUAL	HETEROSEXUAL	FECHA DE NACIMIENTO	17-09-1991		
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	1075256 986	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana		
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	NINGUNA	GRUPO ÉTNICO	N.A	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	CONTRIBUYO	NOMBRE DE LA ADMINISTRADORA	NUEVA EPS		
SITUACIÓN LABORAL	TRABAJAR	NIVEL EDUCATIVO	UNIVERSITARIA	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1			TELÉFONO CELULAR	3172095083		
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	[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:	MERLY ALVAREZ	TELÉFONO CELULAR	3203400549	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	PERIFONICO	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	SI	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA NEVS	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	0
M	H	I	M	H	I	M	H	I	M	H	I	M	H	I	M	H	I	

3. APRECIACIONES 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 acostumbró en bicicleta de manera continua 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 (en minutos) acostumbra 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 dedica diariamente a realizar actividad física que practica en el tiempo libre?	60	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	ASISTIR AL GRUPO A.F	5. Si en respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

6. ¿A qué intensidad realiza la actividad física?	MODERADA	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado (sin dormir)?	2	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de frutas consumió en el día?	1	3. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	4. ¿Usted le adiciona sal a la comida, aun cuando 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 días de esos días fuiste expuesto a humo de tabaco en su presencia?	NO

3.4. HABITUALIDAD REPORTADA

1. En los últimos 7 días, ¿cuántas horas durmió en promedio en la noche?	7	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, otro enfermero 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, escalofríos, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.5. HABITUALIDAD REPORTADA

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los últimos 14 días?	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. Cómo cree su estado de salud es	BUENO	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en lugares de grupos comunitarios una o más veces por semana durante al menos 10 minutos?	NINGUNA	2. Si su respuesta fue OTRA, especifique ¿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 entornos de grupos comunitarios de actividad física una o más veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera identificada en pregunta anterior)?	10

PESO	54	TALLA	1.65	IMC	21.3	CLASIFICACIÓN	NORMAL	PERÍMETRO DE CINTURA	60	CLASIFICACIÓN	NORMAL

4. AUTORIZACIONES INFORMADAS, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL AUDIOVISUAL FOTOGRÁFICO

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los cuales me harán uso y asumiré 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 Instituto del Deporte, el tuto 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 servidores 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 FILMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los servidores del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual será como evidencia para promover y difundir las políticas, presentación de resultados en instituciones y contexto académico, deberes de, los resultados, intereses y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con el mismo, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la creación de programas, proyectos y políticas de actividad física en beneficio de vida, bienestar y salud de los ciudadanos		X

5. FIRMAS

Karla M. Cerquera		Oscar Jca. Tyllo Ocampo
FIRMA DEL USUARIO	FIRMA DEL SERVIDOR	FIRMA DEL MONITOR DEL PROGRAMA (CONTRATISTA) RESPONSABLE DE LA SESIÓN
NOMBRE COMPLETO: Karla María Cerquera Ortiz	NOMBRE COMPLETO:	NOMBRE COMPLETO: OSCAR MARTAGUILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO: 1075256986	NÚMERO DE DOCUMENTO:	NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.082.116.328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 3 CODIGO: FO-FR-054
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha: 16/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	09/10/2024	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.315.329	NOMBRE DEL GRUPO	IQUIRA FIT	TIPO DE GRUPO	REGULAR	CORREO, 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	Deiden Perdomo	SEXO DE NACIMIENTO	Femenino	IDENTIDAD DE GÉNERO	FEMENINO	ORIENTACIÓN SEXUAL	HETEROSEXUAL	FECHA DE NACIMIENTO	29/09/1993
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	26515548	PAÍS DE NACIMIENTO	colombia	NACIONALIDAD	colombiana		
DISCAPACIDAD	ninguno	COMISIÓN	MINORIA	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	—	CORREO ELECTRÓNICO	deidesperdomo@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 (Si eres de ser mayor de edad)	—			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	3214747753
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Josué trujillo R.	TELÉFONO CELULAR	3214747753	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	PERIODICO	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	SI	DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HFVS	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	4
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I		
												1			1				

3. ANTECEDENTES PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS CON EDAD MAYOR O IGUAL A 60 AÑOS)

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿cuántas veces se bicicleta o camina 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. normalmente se bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro?	0

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

4. Durante los últimos 7 días, ¿cuál es la actividad física que practica 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 tiempo libre?	ABSTRACTO ml CARRO AF	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, cuéntenos ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.3. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. ¿Cuál es su intensidad al realizar la actividad física?	moderada	2. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2	3. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "posiciones" de flexo-cuclillo en el día?	1	4. ¿Durante los últimos 7 días, cuántas "posiciones" de sentadillas consumió en el día?	1	5. ¿Usted le ordenan así en 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, ¿alguna persona de estas sitios ha fumado en su casa que fuera en su presencia?	NO

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y Sal.

3.5 HABITOS DE TABACO Y SUEÑO

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 o otro profesional de la salud que tiene azúcar en la sangre en ayunas?	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición medica que pueda empeorar con la actividad física?	NO	4. ¿Esta tomando medicamentos para disminuir la presión arterial alta?	NO	5. ¿Esta tomando medicamentos para disminuir el azúcar en la sangre?	NO	6. ¿Ha presentado en los últimos 14 días algunos de estos síntomas: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal, fatiga, conjuntivitis, dolor de cabeza, 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	BUENO	1. ¿Cuál es la principal manera personal que identifica para practicar actividad física en reuniones de grupos comunitarios o esta cerca vecinal por semana durante al menos 30 minutos?	NINGUNA	2. Si su respuesta fue OTRA, cuéntenos ¿cuál otra fue?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿cuál fue capaz en silencio de practicar actividad física en reuniones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 30 minutos, a pesar de [illegible] manifestado en pregunta anterior)?	10

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS Y TA	PESO	58	TALLA	1.58	IMC	23.2	CLASIFICACIÓN	NORMAL	PERÍMETRO DE CINTURA	69	CLASIFICACIÓN	NORMAL		

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

(Llenado solo para mayor de 18 o NO, según requerido en cada caso)

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales deberé hacer y voluntario hay a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física del mismo en el cualidad de asistente de _____. Asimismo hacer los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como: trauma ortopedicos, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio por COVID-19 entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, [illegible] 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 área deportiva, autorizo a las entidades y demás [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 a través de los convocantes del Ministerio del Deporte y del área deportiva, el cual reconozco es esencial para promover y difundir las publicaciones, convocatorias institucionales y material audiovisual, gráficos de, las necesidades, alcances y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión, sensibilización en torno y la creación de los planes, programas y proyectos en actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.	X

6. FIRMAS

Deiden Perdomo R.	[signature]	Osca Ivan Trujillo Ocampo
FIRMA DEL DEPONENTE	HUELLA DEL DEPONENTE	FIRMA DEL RESPONSABLE DEL PROCESO (CONTRATISTA)
NOMBRE COMPLETO:	NOMBRE COMPLETO:	NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO:	NÚMERO DE DOCUMENTO:	NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.082.315.329

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE ASISTENCIA	CÓDIGO: FO-PR-054
		Fecha: 18/07/2022

FECHA DE INSCRIPCIÓN	DIA 03/08	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 ITT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FAVOR PAGE FACEBOOK O WHATSAPP)			

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Nasly Xiomara Góngora Leiva	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO		ORIENTACIÓN SEXUAL	heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	07/08/2001
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	1004928561	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	Trabaja del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Técnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3134692545
TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	xiomagongora@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	Pertenece	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA RIEVS	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	6
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	

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 acostumbra bicicleta o caminar para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	1. ¿Cuántos días a la semana?	0	2. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo (en minutos) dedicaba 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 tu tiempo libre?	SI	1. ¿Cuántos días a la semana?	3	2. En esos días, ¿cuánto tiempo dedica diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	SI	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	MONITOR AF GRUPO	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.3. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

6. ¿A qué intensidad realizas 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. ¿Fuma o ha fumado algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	1. ¿Actualmente consume algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	1. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días bebió alguna cerveza, vino o licor?	NO

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

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 han dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta o hipertensión arterial?	No	1. ¿Alguna vez le han dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene el nivel de glucosa o azúcar en la sangre en alto?	No	2. ¿En médico le ha indicado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	No	4. ¿Toma algún medicamento para controlar la presión arterial alta?	No	5. ¿Toma medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	No	6. ¿En presentado en los últimos 10 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fatiga, 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. Días que se estado de salud es	Bueno	1. ¿Cuál es la principal fortaleza personal que identifica para practicar actividad física en acciones de grupos comunitarios una sesión vez por semana durante al menos 30 minutos?	Liderazgo	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra fortaleza?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada segura y 10 es muy segura, ¿qué tan segura es usted de practicar actividad física en acciones de grupos comunitarios de actividad física cada o dos veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de [barrera] manifestada en pregunta anterior]?	10

PESO	60	TALLA	1.56	IMC	24.6	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	75	CLASIFICACIÓN	RIESGO

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Manifiesto que he sido informado/a acerca de los contenidos para la prevención de actividad física de 30 sesiones de nuevos hábitos y voluntad voy a participar bajo mi responsabilidad, asistiendo de recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, así mismo se mi calidad de estudiante de _____. Asumo todos los riesgos inherentes con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, mareos y desvanecimientos, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, alcaldía deportiva y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre tal evento.		X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del evento 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: Asimismo autorizo registrar imágenes fotográficas o audiovisuales del Ministerio del Deporte y entidades deportivas, actual tercer como evidencia para promover o divulgar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual relativo de las actividades internas y expositivas de las comunidades respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy consintiendo en la difusión de información en el país y la evaluación de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.		X

5. FIRMAS

Nasly Xiomara Góngora L		Oscar Ivan Trujillo Ocampo
FIRMA DEL USUARIO		FIRMA DEL MONITOR(A) PROFESIONAL, ENTIDAD O CONTRATISTA
NOMBRE COMPLETO: Nasly Xiomara Góngora L	NOMBRE COMPLETO:	NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO: 1004928561	NÚMERO DE DOCUMENTO:	NÚMERO DE DOCUMENTO: 1082215278

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS

Versión: 6 | CÓDIGO: FO-FR-054 | Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	09/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	NEIVA	RDL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.915.328	NOMBRE DEL GRUPO	NEIVA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	[illegible]
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP)			

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Blanca Usopata	SEXO DE NACIMIENTO	Femenino	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino		ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	19-03-1975	
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	36.039980	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD			
DISCAPACIDAD	Ninguna.	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	NIA	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Contributivo	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Emcosalud		
SITUACIÓN LABORAL	Trabajar	NIVEL EDUCATIVO	Universitario	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1			TELÉFONO CELULAR	3125610143		
TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	blanguii1903	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	cra 10 # 10A-04			ZONA	Urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Centro	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Casa	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	—			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR AL	Soely Díaz	TELÉFONO CELULAR	3138485402	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Periódico	CUENTA CON ACCESO A INTERNET		51	DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA NEIVA	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	0
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	

3. ANTECEDENTES PERSONALES (NO O PATOLÓGICOS, FAMILIARES, ACTIVIDAD FÍSICA, HÁBITOS Y SUEÑO, ALIMENTACIÓN)

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted usualmente se trasladaba caminando 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 (en) usted caminando o montando en bicicleta 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 dicha actividad física en su tiempo libre?	60	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	ASISTIR AL GRUPO DE AF	5. Si en la 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 cuanto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	6	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, aparte de la que ya 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 cuántas de estas horas siguió en su casa que tiene en su propiedad?	NO						

3.6. HÁBITOS DE FUMADO Y SUEÑO

3.8. MORBILIDAD REPORTADA

7. 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 la dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?	NO	3. ¿Le asalta la intranquilidad que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	2. ¿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						

3.9. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

11. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los días último mes?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si se respondió anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Diga que es estado de salud es:	BUENO	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos como Neiva una o tres veces por semana durante al menos 30 minutos?	NINGUNA	2. Si en respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 es donde 0 es nada cierto y 10 es muy cierto, ¿cuán bien capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física como los que hay por semana durante al menos 40 minutos, a pesar de fuerza, cansancio/fatiga o pereza del antojo?	8						

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS	PESO	68	TALLA	1.65	IMC	21.6	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	80	CLASIFICACIÓN	RIESGO							

5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FILMICO FOTOGRÁFICO

Mayor de una (una) Ley 23 de 1981 Ley 1581 de 2012

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de los beneficios para la promoción de actividad física de los cuales deseo hacer uso y participar bajo mi responsabilidad, cumpliendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, así mismo no es entidad de asistencia de cualquier responsabilidad sobre los mismos. Acepto todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como: lesiones musculares, esguinces, dolores cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, libero al Ministerio del Deporte, al ente Deportivo y a sus contratistas,	X
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Confiero a la Policía de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, nuestros a los anteriores y consecutivos a recolectar, utilizar y transmitir la información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FILMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo el tomar registro filmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual tendrá como propósito para promover y divulgar las publicaciones, presentaciones institucionales y eventos institucionales, deberán de las necesidades, eventos y actividades en las comunidades relacionadas a la actividad física. Con mi aporte, estoy consintiendo en la cesión de mi información en videos y la existencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas	X

6. FIRMAS

Blanca Usopata		Oscar Ivan Trujillo Ocampo
FIRMA DEL USUARIO		FIRMA DEL MONITOR PROFESIONAL, PROFESIONAL DE APOYO O PROFESIONAL A CARGO
NOMBRE COMPLETO: Blanca Usopata	NOMBRE COMPLETO:	NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO: 36.039.980	NUMERO DE DOCUMENTO:	NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.082.915.328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 3
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FDFR-051
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	DIA 19	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	NEIVA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.218.328	NOMBRE DEL GRUPO	NEIVA 27	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)					

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	DANIELA 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	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	domadimon260	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 un menor de edad)	— o —	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —				
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	CESAR CEDEÑO	TELÉFONO CELULAR	3208467979	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 MEVS	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	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M		
								1					

3. ESTRATEGIAS PERSONALES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD O SOCIAL A USAR

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿cómo 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, ¿cuánto 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, recordarle ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—	1

3.3. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

6. ¿A qué intensidad realiza la actividad física?	MODERADA	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado/a recostado/a viendo televisión?	2	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántos "periodos" de treinta minutos estuvo en silla?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántos "periodos" de treinta minutos estuvo en el PC?	2	3. ¿Usted le ofrecería en el gimnasio, una mesa más alta para caminar y estar de pie durante?	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 fumó alguien en su casa que fuera de su propiedad?	0

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

8. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera o 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 glucemia en ayunas en la sangre es alto?	NO	7. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorar con la actividad física?	NO	4. ¿Es actualmente medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Toma hormonal 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 leve, estornudos, dolor de cabeza, cansancio, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

9. ¿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. Cómo 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 45 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 3 o más veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (nombre la pregunta anterior)?	8

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS Y VF	PESO	68.1	TALLA	162	IMC	25.9	CLASIFICACIÓN	NORMAL	PERÍMETRO DE CINTURA	70	CLASIFICACIÓN	NORMAL

4. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL PÚBLICO DE FOTOGRAFÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto 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 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 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 los anteriores para solicitar, utilizar y tratar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas reglamentarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL PÚBLICO TIPO FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a mí y/o a los participantes del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual será usado exclusivamente para promover o difundir las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, sitios web, las redes sociales, prensa y especiales de los mismos, sin generar ningún derecho a favor de la entidad. Con mi aporte, 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

5. FIRMAS

		Oscar Juan Trujillo Ocampo
FIRMA DEL USUARIO	FIRMA DEL GESTOR/A	FIRMA DEL MONITOR/A, PROFESIONAL RESPONSABLE O REPRESENTANTE LEGAL
NOMBRE COMPLETO: Daniela Medina	NOMBRE COMPLETO:	NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO: 1081404422	NÚMERO DE DOCUMENTO:	NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.082.218.328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FO-FR-054
		Fecha: 19/07/2023

FECHA DE INSCRIPCION	03/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.083.215.328	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 (FANPAGE 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	14216636	PAÍS DE NACIMIENTO	MÉXICO	NACIONALIDAD	Mexicana		
DISCAPACIDAD	Ninguno	CONDICIÓN	Ninguno	GRUPO ETNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subs	NOMBRE DE LA EMPRESA	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Trabajo	NIVEL EDUCATIVO	Secundaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELEFONO CELULAR	321-520 93-50
TELEFONO 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)	—			TELEFONO DEL ACUDIENTE	—
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Oscar Trujillo	TELEFONO CELULAR	314-363 0911	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 HEVI	22

2. PERFIL DEL HOGAR

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

3. AUTORIZACIÓN PERSONAL PARA PRÁCTICA REMUNERADA CON ESTUDIANTE DE SOCIAL A CARGO

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. resta) 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 (neto) diariamente usualmente actividad física en su tiempo libre?	60	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	AJUSTE AL GRUPO AF	5. Si no aparece anteriormente la OTRA, ¿cuál otra actividad física practica en tiempo libre?	—

3.3. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. ¿Qué intensidad asocia la actividad física?	Moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "pantallas" de ocio ocupaste en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días en total en "pantallas" de ocio ocupaste en el día?	1	3. ¿Usted le adicionó sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Tratando en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuantos de estos días habre dispuesto en su casa que fumó en su presencia?	NO						

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

3. En los últimos 7 días, ¿cuántas horas durmió en promedio en la noche?	7	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera o 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 ordenado algún tipo especial de dieta o recomendado algún ejercicio físico que pueda incorporar como actividad física?	NO	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

5. ¿Este 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, malestar/dolor de cuerpo constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO						

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

7. ¿Tiene diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	1. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	8. Si su respuesta a la No 31, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Otra que no aparece de salud es	BUENO	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en entornos de grupos como este, que una a tres veces por semana durante al menos 30 minutos?	NINGUNA

3.8. MORBILIDAD REPORTADA

2. El su respuesta fue OTRA, ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada capaz y 10 es muy capaz, ¿cuán tan capaz se siente de superar actividad física en entornos de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 30 minutos, a pesar de [barrera identificada en pregunta anterior]?	10						

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS	PESO	68	TALLA	1.60	IMC	26.6	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	69	CLASIFICACIÓN	NORMAL

5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE IMAGEN, VIDEO Y/O GRABACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Mediante que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los cuales se nuestra libre y voluntaria vez a participar bajo mi responsabilidad, asumiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física del mismo en el cuidado de posibles de cualquier eventualidad entre los mismos. Acepto todos los riesgos asociados con la participación en estas pero además tales como lesiones musculoesqueléticas, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, asmáticos. Por lo anterior, exime al Municipio de Deporte, eliminar deportivo y a sus contratistas,		X	
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del sector deportivo, autorizo a los entidades y contratistas y/o aliados, 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 captar registro fílmico y/o fotográfico a través de los monitores del Ministerio del Deporte y del sector deportivo, el cual será como evidencia para promover y difundir las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual obtenido de las recreativas, internas y especiales de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, serán tratados de la siguiente información en digital y la realización de los cursos, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas		X	

		Oscar Ivan Trujillo Ocampo
FIRMA DEL USUARIO	FIRMA DEL REVISOR	FIRMA DEL CONTRATISTA, PROFESIONAL, APOYO A LA PRÁCTICA O PRACTICANTE
NOMBRE COMPLETO: Maria Jose Quintero	NOMBRE COMPLETO:	NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO: 14216636	NÚMERO DE DOCUMENTO:	NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.083.215.328

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS

Versión: 3 | CÓDIGO: FD-FR-054 | Fecha: 16/10/2022

FECHA DE INSCRIPCIÓN	09/12/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	GUAD.	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.915.328	NOMBRE DEL GRUPO	KIURA PI			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			LINK GRUPO WHATSAPP, FACEBOOK O WHATSAPP		

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Marleny Bahada	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Hetero sexual	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	29-07-1969		
TIPO DE DOCUMENTO	CC.	NUMERO 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/EPSS	Sanitas		
SITUACIÓN LABORAL	Trabajas	NIVEL EDUCATIVO	Técnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3123047529		
TELÉFONO FIJO	— — —	CORREO ELECTRÓNICO	— — —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 7-10 A 16			ZONA	Urbano	Vereda	
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	(2) BARRIOS	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Llamada	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— — —			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— — —		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Silvio trujillo	TELÉFONO CELULAR	3107623530	MEDIO DE COMUNICACIÓN DONDE LE DAN QUE TIENE ACCESO	Personal	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	SI	DESDE QUE AÑO PARTICIPA EN LAS SESIONES DE AFDEL PROGRAMA HEVS	22		

2. DATOS DEL HOGAR

0 a 5 años		6 a 11 años		12 a 18 años		19 a 26 años		27 a 59 años		Mayores de 60 años			
M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	0

3. APLICACIÓN PERSONALES EN EL PARA PERSONAS CON EDAD ENTRE 12 AÑOS A 17 AÑOS

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted normalmente caminó para desplazarse de un lugar a otro durante un tiempo continuo de al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. En esos días, ¿cuánto tiempo (en minutos) usualmente 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 (en minutos) usualmente realizó actividad física en su tiempo libre?	60

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	Asiste al centro A.F	5. Si no respondió, escriba las OTRA, mencione cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.3. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

6. ¿A qué le atribuye la salud actual?	Ninguno

3.4. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

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

3.5. 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

3.6. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

3. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	No	1. Pensando en cuenta los últimos 3 días, ¿Durante cuántos de esos días alguien fumó en la casa que tuvo en su presencia?	NO

3.7. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

3. En los últimos 7 días, ¿cuántas horas durmió en promedio en la noche?	7	1. ¿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	2. ¿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 indicado 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 12 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

3.8. MORBILIDAD REPORTADA

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 cree que es el estado de salud es	BUENO

3.9. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la página por hacer personal que le motiva para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios (Ejemplo: más bienestar, verse bien, hacer por salud, disfrute el tiempo libre)?	Ninguno	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione cuál otra fue?	—	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 30 minutos, 5 veces en promedio realizado en preguntas anteriores)?	8

PESO	64	TALLA	1.64	IMC	23.8	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	66	CLASIFICACIÓN	NORMAL

5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE IMÁGENES, VIDEOS FOTOGRAFÍAS

Marque con una equis (X) en la casilla correspondiente

	SI	NO
CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado/a acerca de las estrategias para la promoción de actividad física a las cuales se vinculan libre y voluntariamente y participar bajo mi responsabilidad, teniendo en cuenta 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, con el fin de evitar cualquier tipo de conflicto. Por lo anterior, quedo al servicio del Deporte, clubes deportivos y el no contemplados de tipo civil responsabilidad sobre los mismos.	X	
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Instituto del Deporte y del área deportiva, 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 FILMICO Y FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y fotográfico a mí y/o a mi hijo/a/s del Instituto del Deporte y demás deportivo, actual semillero, evaluación para promover y divulgar las publicaciones institucionales y material audiovisual, asimismo de, de necesidades y avances y experiencias de las comunidades apoyan a derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el fin y la mejoras de los planes, programas y proyectos de acuerdo a la calidad de vida, bienestar y salud de las personas	X	

6. FIRMAS

Marleny Bahada

FIRMA DEL USUARIO (A)

NOMBRE COMPLETO	Marleny Bahada
NUMERO DE DOCUMENTO	26471178

FIRMA DEL RESPONSABLE

NOMBRE COMPLETO	
NUMERO DE DOCUMENTO	

Oscar Ivan Trujillo Ocampo

FIRMA DEL PROFESIONAL, PRESTADOR DE SERVICIOS O PROFESIONAL APOYO HEVS

NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO	1.082.915.328

	PROC DEQ: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 5
I.P.C.N.D.R.E.	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		CÓDIGO: FO-FR-024
			Fecha: 18/07/2022

FECHA DE INSCRIPCIÓN	05/03/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	NEIVA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.336	NOMBRE DEL GRUPO	NEIVA FIT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AFAME PAGE FACEBOOK O WHATSAPP:			

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	ROSALBA PERDOMO M	SEXO DE NACIMIENTO	MUJER	IDENTIDAD DE GÉNERO	FEMENINO	ORIENTACIÓN SEXUAL	HETERO	FECHA DE NACIMIENTO	17-10-1979
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	26.515.862	PAÍS DE NACIMIENTO	COLOMBIA	NACIONALIDAD	COLOMBIANA		
DISCAPACIDAD	NINGUNA	COMUNIDAD	NINGUNA	GRUPO ÉTNICO	NINGUNO	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	SUBSIDIADO	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	SANITAS
SITUACIÓN LABORAL	TRABAJAN	NIVEL EDUCATIVO	TECNICO	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1			TELÉFONO CELULAR	3167527542
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	CRA 9 - 4 - 55			ZONA	URBANA
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	MARIA AUXILIADORA	Nº DE CONTACTO CON EL USUARIO	3167527542	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— o —			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	OLGA PERDOMO	TELÉFONO CELULAR	3133880248	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	PERIFONICO	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	SI	DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AFAME PROGRAMA NEIVI	22
								NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	2

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	H	M	H	M	H	M	I	H	M	I	H	M	I
									1					

I. ANTECEDENTES PERSONALES POR ÁREAS (PARA PERSONAS CON EDAD IGUAL O MAYOR A 18 AÑOS)

1.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted acostumbra a caminar o montar en bicicleta a sitios 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 usted camina diariamente en bicicleta o acostumbra para desplazarse de un lugar a otro?	NO	4. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	SI	5. ¿Cuántos días a la semana?	3	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedica diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60	7. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	MONTA AL GRUPO AF	8. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra practica en el tiempo libre?	—

1.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

9. ¿A qué intensidad realiza la actividad física?	MODERADA	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántos días a la semana camina por lo menos 10 minutos continuos?	2	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántos días a la semana camina por lo menos 10 minutos continuos?	2	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántos "periodos" de caminata normalmente en el día?	1	3. ¿Cuál es el tiempo total que camina en un día típico?	2	4. ¿Cuál es el tiempo total que camina en un día típico?	2	5. ¿Cuál es el tiempo total que camina en un día típico?	2

1.3. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

7. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7	1. ¿Alguna vez le han dicho un médico, otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	NO	2. ¿Alguna vez le han dicho un médico, otro profesional de la salud que tiene glicemia o azúcar en la sangre en ayunas?	NO	3. ¿Un médico le ha indicado que tiene algunas condiciones médicas 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 15 días síntomas como: dolor de pecho, tos, dolor, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, cansancio, dolor de cabeza constante, mareo, pérdida del gusto y del olfato?	NO

1.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1.6. MORBILIDAD REPORTADA

2. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	3. ¿Presenta una enfermedad o condición de salud?	NO	3. 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 o tres veces por semana durante el mismo tiempo?	NINGUNA	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada segura y 10 es muy segura, ¿cuál tan segura se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante el mismo tiempo, a pesar de algunas dificultades que pregunta anterior?	10

1.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

PESO	69	TALLA	1.68	IMC	24.6	CLASIFICACIÓN	NORMAL	PERÍMETRO DE CINTURA	79	CLASIFICACIÓN	RIESGO		

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los centros de manejo libre y voluntario voy a participar bajo mi responsabilidad, siguiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo no existen de accidente de _____. Asumiendo 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, asumo el compromiso del Deporte, el cese definitivo y de mis asistencias, de cualquier responsabilidad sobre los mismos.	X	
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Consiento a la Política de tratamiento de datos personales del Instituto del Deporte y debida diligencia, acorde a los artículos y considerar a terceros, utilizar plenos sin información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias	X	
AUTO-REACCIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico e imagen de los asistentes del Instituto del Deporte y del cese deportivo, el cual servirá como evidencia para promover y divulgar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, acorde a los necesidades. Reservas y expectativas en las comunidades respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la creación 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	

Rosalba Perdomo — Oscar Juan Trujillo Ocampo

NOMBRE COMPLETO	ROSALBA PERDOMO M	NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	26515862	NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.336

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

FECHA DE INSCRIPCIÓN	05/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	MOD. CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.376	NOMBRE DEL GRUPO	IQUIRA IT1			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)			

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y PERFIL DEL USUARIO

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	Trabajan	NIVEL EDUCATIVO	TECNICO	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1			TELÉFONO CELULAR	3133580748
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 9-4-55			ZONA	U urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Maria Auxiliadora	NÚMERO DE CONTACTO CONFID. (EQUIPO)	3133580748	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de los menores de edad)	— o —			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Rosalba Perdomo	TELÉFONO CELULAR	316 752 7542	MEDIO DE COMUNICACIÓN Y 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	4
H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M		
								1					

3. ACTIVIDAD FÍSICA Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE (SOLO PARA MAYORES DE 18 AÑOS O IGUAL A 18 AÑOS)

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días se trasladó a caminar para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	2. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo (en minutos) se trasladó a caminar 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 su tiempo libre?	Ajuste al Grupo A-F	5. Si no respondió anteriormente ítem DIRCA, mencionar ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. ¿Actualmente practica algún deporte?	2. ¿Cuántos días a la semana?	3. ¿Cuánto tiempo dedica a la semana a la práctica de este deporte?	4. ¿Actualmente practica algún ejercicio físico?	5. ¿Cuántos días a la semana?	6. ¿Cuánto tiempo dedica a la semana a la práctica de este ejercicio físico?	7. ¿Actualmente practica algún juego recreativo o actividad física?	8. ¿Cuántos días a la semana?	9. ¿Cuánto tiempo dedica a la semana a la práctica de este juego recreativo o actividad física?
NO	0	0	NO	0	0	NO	0	0

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "personas" en hora con usted en el día?	1	2. ¿En esas horas "personas" de sentar se conversó en el día?	1	3. ¿Usted le entorna con a la sentar, una red utilizó para conversar y sentar de pronto?	NO	4. ¿Usted tiene actualmente algún problema de cabeza, hernia, digestivo, gases o pies?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días tuvo alguien en su vida que tuvo un problema?	NO

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y EAS

1. ¿Con qué frecuencia come usted frutas?	Diario	1. ¿Cuántas porciones de frutas consume usted en un día típico?	2	1. ¿Cuántas porciones de verduras consume usted en un día típico?	1	2. ¿Con qué frecuencia consume usted verduras?	Diario	1. ¿Con qué frecuencia consume usted EAS?	Diario	2. ¿Cuántas porciones de EAS consume usted en un día típico?	1

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. En los últimos 7 días, ¿cuántas horas durmió en promedio en la noche?	7	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, 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 tiene glucosa o azúcar en la sangre en ayunas?	NO	3. ¿Se le dijo en las últimas que tiene alguna condición médica que no puede ser practicar con la actividad física?	NO	4. ¿En la semana modificaciones para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Para tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO	6. ¿En presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de pecho, los fatiga, dificultad para respirar, mareo/pérdida total fuerte, congestión nasal fuerte, congestión, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

7. ¿Tiene diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta una enfermedad o condición de salud?	NO	8. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Otro que su estado de salud es	Bueno	1. ¿Cuál es la actividad física personal que identifica para practicar actividad física en conjunto de grupos comunitarios una o tres veces por semana durante al menos 30 minutos?	Ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra fue?	—	3. En una escala del 0 a 10 ¿cuánto le es más cerca a 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 30 minutos, a pesar de (barrera identificada en pregunta anterior)?	8

3.7. DOMINIOS PSICOEMOCIONALES

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

4. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE IMÁGENES, TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE PARTICIPACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que me han informado acerca de los ejercicios para la promoción de actividad física de las cuales me acerca libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogeré las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, así mismo en mi calidad de asistente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas prácticas más comunes/menos comunes/severos, riesgos circunstanciales, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, exoro al Ministerio del Deporte, al mes dispuesto y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre los mismos.	X	
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Concedo a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y demás deportes, autorizo a los gestionar y comunicar 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 IMÁGENES, PÚBLICO Y/O FOTOGRAFÍAS: Autorizo a tomar mejores fotos y/o tomar videos a través de los encontrados del Ministerio del Deporte y del acto deportivo, el cual podrá ser para evaluación para promover o hacer las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, los recordatorios, informes y seguimientos de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la creación 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	

OLGA PERDOMO M		Oscar Ivan Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO: OLGA PERDOMO M	NOMBRE COMPLETO	NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO: 26515915	NÚMERO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.082.215.376

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS

Versión: 5
CÓDIGO: F-GFR-054
Fecha: 16/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	15/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	NEIVA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN ETRULLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.915.339	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 (CHAT PAGE FACEBOOK O WHATSAPP)			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Jeyfredy Angel Cuenca	SEXO DE NACIMIENTO	Mas.	IDENTIDAD DE GÉNERO				ORIENTACIÓN SEXUAL				FECHA DE NACIMIENTO	
TIPO DE DOCUMENTO	Cedula	NÚMERO DE DOCUMENTO	1088866981	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	TRABAJA	NIVEL EDUCATIVO	Profesional	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2					TELÉFONO CELULAR		3176359137	
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:	Lic Mora	TELÉFONO CELULAR	3143675552	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Periodico	CUENTA CON ACCESO A INTERNET		SI		DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS		22	

0 a 2 años			3 a 11 años			12 a 17 años			18 a 26 años			28 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 hace uso de bicicleta o camina 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 (A) usted dedica diariamente en bicicleta o caminando para desplazarse de un lugar a otro?
NO	0	NO

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 dedica diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	4. ¿Cual es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cual otra actividad física practica en su tiempo libre?
SI	3	60	ACTIVIDAD DE CARDIO A.F	NO

3.3 ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. ¿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. ¿Durante los últimos 7 días cuantos "pantallas" de tiempo consumió en el día?
6	0

3.4 CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

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

3.5 HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, vapeo, cigarrillos, puros o pipas?	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuantos de estos días habia alguien en su casa que fumo en su presencia?
NO	0

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. En los últimos 7 días, ¿cuantas horas durmió en promedio en la noche?	2. ¿Alguna vez le ha dicho un medico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	3. ¿Alguna vez le ha dicho los medicos o otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azucar en la sangre es alto?	4. ¿Su medico le ha informado que tiene alguna condición medica que pueda empeorarse con la actividad física?
6	NO	NO	NO

3.6 MORBILIDAD REPORTADA

1. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	2. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azucar alta en la sangre?	3. ¿Ha presentado en los ultimos 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	NO	NO

3.6 MORBILIDAD REPORTADA

7. ¿Tuvo diagnostico POSITIVO para COVID-19 en los dos ultimos meses?	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cual enfermedad o condición de salud presenta?	10. Dirá que su estado de salud es
NO	NO	—	EXCELENTE

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cual es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en espacios de grupos comunitarios una o mas veces por semana durante al menos 60 minutos?	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, ¿que tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o mas veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera mencionada en pregunta anterior)?
NINGUNA	—	10

PESO	75	TALLA	1.75	IMC	24.1	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	80	CLASIFICACIÓN	RIESGO

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que me han informado acerca de las estrategias para la prevención de actividad física de nuestra línea y estoy de acuerdo en participar bajo mi responsabilidad, siguiendo las recomendaciones del grupo en la practica de actividad física del mismo en mi calidad de asistente 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 exonero al/la/los del Deportes al/la 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 mismo disponible, 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 ceder, ceder, licencia y/o fotográfico a favor de los contratistas del Ministerio del Deporte y/o quien haga sus veces para publicar y difundir las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de las necesarios, internos y externos en la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte visto contribuyo en la creación de información en pro y la mejoras de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. — ✓

NOMBRE COMPLETO	Jeyfredy Angel Cuenca	Oscar Ivan Trujillo Ocampo
NÚMERO DE DOCUMENTO	1088866981	1.082.915.339

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS

Versión: 6 | CÓDIGO: FD-FR-054 | Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	09/10/2026	DEPARTAMENTO	RISARALDA	MUNICIPIO	PEREIRA	REL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.087.215.226	NOMBRE DEL GRUPO	KOLIBRI PIT			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	Luz Edith Mora	SEXO DE NACIMIENTO	MUJER	IDENTIDAD DE GENERO	FEMENINA	ORIENTACIÓN SEXUAL	HETEROSEXUAL	FECHA DE NACIMIENTO	22/04/92
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NUMERO DE DOCUMENTO	1075 39 4593	PAIS DE NACIMIENTO	COLOMBIA	NACIONALIDAD	COLOMBIANA		
DISCAPACIDAD	NINGUNA	CONDICIÓN	NINGUNA	GRUPO ETNICO	NINGUNO	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	SUBSIDIADO	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	NUEVO EPS
SITUACION LABORAL	TRABAJA DE HOGAR	NIVEL EDUCATIVO	TECNICO	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELEFONO CELULAR	317 635 9137
TELEFONO FIJO	—	CORREO ELECTRONICO	—	DIRECCION DE DOMICILIO	CALLE 6 # 11 - 39			ZONA	URBANA
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	(3) ARMENIA	VIA DE CONTACTO CON EL USUARIO	CELULAR	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	—			TELEFONO DEL ACUDIENTE	—
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Yeiffery Cumbe	TELEFONO CELULAR	316 35 9137	MEDIO DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	CELULAR	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	SI	DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVE	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	4
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I

3.1. ACTIVIDAD FISICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted suele ir caminando 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 (en minutos) dedicaba usted a caminar para desplazarse de un lugar a otro?	0

3.2. ACTIVIDAD FISICA 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, ¿cuanto tiempo dedica diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	MONTAR EN CICLA	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en su tiempo libre?	—

3.3 ACTIVIDAD FISICA EN EL TIEMPO LIBRE | **3.4. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO** | **3.5 CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL** | **3.6 HABITOS DE TABACO Y ALCOHOL**

4. ¿A que intensidad realiza la actividad física?	MODERADA	1. ¿Durante los últimos 7 días cuanto 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 cantidad de sal la correcta, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted toma actualmente algun psoterio o de licor, como: cigarrillo, puros o pipas?	NO	2. Durante los ultimos 7 días, ¿consumio cuentos de copas de licor alguien en su casa que haya vivido en su presencia?	NO

3.7. HABITOS DE TABACO Y ALCOHOL | **3.8. MORBILIDAD REPORTADA**

3. En los últimos 7 días, ¿cuanto tiempo durmio en promedio en la noche?	7	1. ¿Alguna vez le ha dicho un medico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presion arterial alta o hipertension arterial?	No	2. ¿Alguna vez le ha dicho un medico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azucar en la sangre es alto?	NO	3. ¿Su medico le ha informado que tiene alguna condicion medica que pueda empeorar con la actividad física?	NO	4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presion arterial alta?	NO	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azucar alta en la sangre?	No	6. ¿Ha presentado en los ultimos 12 dias algunos de estos: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestion nasal fuerte, cansancio/fatiga, dolor de cabeza constante, diarrea, perdida del gusto y del olfato?	NO

3.9. MORBILIDAD REPORTADA | **3.9. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

7. ¿Tuvo diagnostico POSITIVO para COVID-19 en los dos ultimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condicion de salud?	NO	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Otra que se estime de salud es?	BUENO	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física como las que han sido lideradas por nosotros durante el ultimo año estudio?	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, ¿cuál fue capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física como las que han sido lideradas por nosotros durante el ultimo 06 meses, a pesar de (nombrar a cualquier barrera en pregunta anterior)?	10

PESO	56	TALLA	1.60	IMC	21.8	CLASIFICACION	Obesidad 1	PERIMETRO DE CINTURA	60	CLASIFICACION	NORMAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física en mi contra de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, siguiendo las recomendaciones del programa para la practica de actividad física, de retiro en mi salidad de acuerdo de _____ Reconozco los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgos de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, exono al Instituto del Deporte, alcalde disponen y sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre los mismos. — X

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Instituto del Deporte y cultura deportiva, activa e las entidades y comunidades a mencionar, actúa y/o por mi intermedio, en cumplimiento de la ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. — Y

AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FILMICO Y/O FOTOGRAFICO: Autorizo a tomar registro filmico y/o fotográfico y el uso de los contenidos del Instituto del Deporte y cultura deportiva, el cual tomara como evidencias para promover y elaborar las publicaciones, presentaciones o elaboración y material audiovisual alineado de las necesidades, vivencias y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con lo anterior, estoy contribuyendo en la ejecución de informaciones en el pues y la incidencia de las planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. — N

Luz Edith Mora

NOMBRE COMPLETO	Luz Edith Mora C	NOMBRE COMPLETO	
NUMERO DE DOCUMENTO	1075 39 4593	NUMERO DE DOCUMENTO	
		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
		NUMERO DE DOCUMENTO	1.087.215.226

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS

Versión: 5 | CÓDIGO: FO-FR-054 | Fecha: 19/07/2021

FECHA DE INSCRIPCIÓN	09/03/2018	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	NEIVA	REL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 578	NOMBRE DEL GRUPO	KIARA 11			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	[illegible]
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			SEÑ, GRUPO AP (FANS 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	NUMERO DE DOCUMENTO	1036921533	PAÍS DE NACIMIENTO	COLOMBIA	NACIONALIDAD	COLOMBIANA		
DISCAPACIDAD	NINGUNA	CRIANZA	NINGUNA	GRUPO ETNICO	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 9157
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)	YEITREY CUMBE			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	317655 9137
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	YEITREY CUMBE	TELÉFONO CELULAR	317635 9137	MEDIO DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	PERIFONICO	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	SI	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA NEIVI	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	4
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	

2.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted anduvo en bicicleta o camina 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 caminando en bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro?	

2.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

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

2.3 ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE | **2.3 COMPORTAMIENTO SEDENTARIO** | **2.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y GAS** | **2.5 HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

6. ¿A que intensidad realiza la actividad física?		1. ¿Durante los últimos 7 días cuanto tiempo pasó sentado o acostado diariamente?		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 consumirla y antes de probarla?		1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillo, puros o pipa?		2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuantos de estos días bebe alguna vez en su casa que fuera en su presencia?	

2.6 MORBILIDAD REPORTADA

9. En los últimos 7 días, ¿cuanto tiempo durmió en promedio en la noche?		5. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor, una enfermera o cualquier profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?		6. ¿Alguna vez le ha dicho un medico u otro profesional de la salud que su nivel de glicemia o el azúcar en la sangre es alto?		7. ¿Le medico le ha indicado que tiene algunas condición medica que pueda empeorarse con la actividad física?		8. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?		9. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?		10. ¿Ha presentado en los últimos 14 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fatiga, dificultad para respirar, congestión nasal leve, conjuntivitis, dolor de cabeza considerable, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	

2.7. MORBILIDAD REPORTADA | **2.8. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES**

7. ¿Tiene 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. Dirá que su estado de salud es		1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios que a Ud. le gustaría asistir?		2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?		3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es muy 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 30 minutos, a pesar de (nombre manifestado 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 los beneficios para la promoción de actividad física de las sesiones de ejercicio libre y voluntario soy participe bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de dichas horas, así mismo en el caso de accidente 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 tanto, exonero al Ministerio del Deporte, ellente deportivo y sus contratistas de cualquier responsabilidad sobre los mismos. — A

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y demás disposiciones aplicables, autorizo a las entidades y terceros a recolectar, utilizar y realizar mi tratamiento, del 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 canales oficiales del Ministerio del Deporte y demás disposiciones, material podrá ser usado mediante para promover y divulgar las publicaciones, promocionales institucionales y noticias institucionales, comerciales, las necesidades, eventos y resultados de las actividades respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte estoy contribuyendo en la difusión de información en páginas y la asistencia de planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. — X

Yeicon - [illegible] | [illegible] | Oscar Iván Trujillo Ocampo

NOMBRE COMPLETO	Yeicon Angel Mora	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1036921533	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.578

	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	6/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.315.526	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 (FANÉ PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Jairo Alberto Leiva	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GENERO	Masculino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	7/02/09
TIPO DE DOCUMENTO	T.I	NÚMERO DE DOCUMENTO	1039868120	PAIS 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	—	CORREO ELECTRÓNICO	—	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)	— Shanl Saavedra			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	317 688 8831
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Shanl Saavedra	TELÉFONO CELULAR	3176888831	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	22

5 a 9 años			10 a 14 años			15 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												

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿estuvo montó en bicicleta o caminó para dos plazano 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 dos plazano 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?	Gimt. - 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 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: cigarrillo, 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. ¿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 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. Días que se sintió de salud es	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Ninguna	2. Si es 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 o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera mencionada 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 informada acerca de las estrategias para la prevención de actividad física de los ocios de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, cumpliendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, así mismo en mi calidad de asistente de _____. 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, 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 FILMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro filmico 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 relativas y especificas 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

NOMBRE COMPLETO	Jairo Leiva	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1039868120	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.315.526

HUILA	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	1.082.215.328		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):			

1. 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	9/22/91
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	1082215400	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	Ama de hogar	NIVEL EDUCATIVO	Técnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3129665301
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:	Mariela Silva	TELÉFONO CELULAR	3134225415	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 KEVS	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

3. ENTRENAMIENTO PERSONAL EN CICLO 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?
NO	0	NO

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?
SI	3	60	asist. al gym AF	—

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. ¿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	1	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Actualmente 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?
NO	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

1. ¿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?.	2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de colesterol en la sangre es alto?.	3. ¿Su medico le ha indicado que tiene alguna condición médica que puede ampliarse 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?
NO	NO	NO	NO	NO	NO

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en escenarios de grupos comunitarios una o 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 diferentes manifestaciones en pregunta anterior)?
Ninguna	—	10

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO	66	TALLA	158	IMC	26.1	CLASIFICACIÓN	sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	66	CLASIFICACIÓN	Normal

5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL AUDIOVISUAL 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 ____ Asimismo 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.	X	
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Permito a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como soporte para promover a nivel de las publicaciones presentaciones institucionales y material audiovisual, teniendo en, 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 O TUTOR		FIRMA DEL ENTRENADOR PERSONAL
Diana Rojas		Oscar Ivan Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO: Diana Rojas	NOMBRE COMPLETO	NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO: 1082215400	NÚMERO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.082.215.328

	PROYECTO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		CÓDIGO: FD-PR-054
			Fecha: 16/07/2021

FECHA DE INSCRIPCIÓN	04/7/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.928	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	Maria Vargas Gom.	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	4/06/91
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	26515546	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	Primaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	3204702733		
TELÉFONO FIJO	— — —	CORREO ELECTRÓNICO	— — —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 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)	— — —	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— — —		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Shirly Abella	TELÉFONO CELULAR	3102660440	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	22

2. 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

3. COMPORTAMIENTOS PRIORIZADOS PARA PERSONAS CON BAJO O MUY BAJO NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted pasó de 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 (de) usted normalmente 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 gym AF.	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en su tiempo libre?	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	Poco	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	L	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: cigarrillo, puros o pipa?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante algún día estuvo o hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

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 tu 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 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

3.7. 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 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 más veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera mencionada en pregunta anterior)?	10

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO	60	TALLA	1,58	IMC	24,1	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	68	CLASIFICACIÓN	Normal

5. 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 en 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	
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 registros fílmicos y/o fotográficos a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como soporte para promover e ilustrar las poblaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de las actividades, entrevistas y expectativas de las comunidades respecto al derecho a la actividad física. Con el aporte, estoy contribuyendo con 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 Vargas G.		Oscar Ivan Trujillo Ocampo
FIRMA DEL USUARIO DE 18 AÑOS O MAYOR	FIRMA DEL GESTOR DEL PROGRAMA	FIRMA DEL MONITOR AL PROMOTOR DE HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
NOMBRE COMPLETO: Maria Vargas G.	NOMBRE COMPLETO:	NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO: 26515546	NÚMERO DE DOCUMENTO:	NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.082.215.928

INDERHUILA	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Versión: 6 CÓDIGO: FO-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	1.082.216.326		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 AFGAME PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

1. IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Edwar Stiven 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	3185736048		
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 Guarnizo	TELÉFONO CELULAR	3188736048	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	22

2. RANGO 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	

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 (Ej. 1H, 30min) 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?
NO	0		NO	1			

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	7. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	8. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	9. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	10. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez esta lista para consumir y antes de probarla?	11. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	12. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguna persona que fumó en su presencia?
Moderada	2	1	1	NO	NO	NO

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

13. En los últimos 7 días, ¿cuál es el tiempo dormido en promedio en la noche?	14. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	15. ¿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?	16. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	17. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	18. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	19. ¿Ha presentado en los últimos 15 días síntomas como: dolor de estómago, ira, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?
7	NO	NO	NO	NO	NO	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

20. ¿Tiene diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	21. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	21.1. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	21.2. ¿Cómo es su estado de salud en [illegible]?	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos como mínimo tres 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 es usted de practicar actividad física en sesiones de grupos como mínimo tres de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera mencionada en pregunta anterior)?
NO	NO	—	Bueno	Mejorar	—	10

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO	70	TALLA	1.77	IMC	22.1	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	70	CLASIFICACIÓN	Riesgo

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado/a 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, exime 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.	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 fortalecer las publicaciones, proyecciones institucionales y misional multicultural, 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 tiempo real 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 PROFESIONAL, REFERENTE O PROMOTOR (CONTRATISTA)
Edwar Stiven Salazar		Oscar Ivan Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO: Edwar Stiven Salazar	NOMBRE COMPLETO:	NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO: 1084866944	NÚMERO DE DOCUMENTO:	NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.082.216.326

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

FECHA DE INSCRIPCIÓN	8/03/2024	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	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (LINK PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Nirza Suarez Trujillo	SEXO DE NACIMIENTO	mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	3/06/75
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	64030716	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	2			TELÉFONO CELULAR	3185937528
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 5 # 1-22			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:	Edwar Salazar	TELÉFONO CELULAR	3154756429	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Periódico	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	2021

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	NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
												1						2

3. INSTRUMENTO PERSONAL DE SUEÑO 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. al grupo A.F.	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

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

6. ¿A que intensidad realizó la actividad física?	Moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.6. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	5. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de esos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal con ideal fica para practicar actividad física en ambientes de grupos como Rumba Lipo u otras veces por semana durante almenos 60 minutos?	Ninguna	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 ambientes 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

3.8. MORBILIDAD REPORTADA

3. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	4. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	5. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cual enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. ¿Cómo es su estado de salud es.	Bueno

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS	PESO	60	TALLA	1.62	IMC	21.6	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	70	CLASIFICACIÓN	Riesgo

5. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN

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 y 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

Nirza Trujillo		Oscar Ivan Trujillo Ocampo
FIRMA DEL USUARIO	FIRMA DEL CUIDADOR	FIRMA DEL MONITOR (A) PROFESIONAL / HEVS / AIS o PROMOTOR (A) DEPORTIVO
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

INDERQUIBDO	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL FORMATO: FICHA DE INSCRIPCION Y REGISTRO DE USUARIOS		Versión: 6 CÓDIGO: FD-FR-058 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):			

1. CAPTURA 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	27/05/19		
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	Trabajo	NIVEL EDUCATIVO	Universitario	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	316 224 2329				
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— — —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Carrera 6 #C-26	ZONA	Urbana				
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	los Potros	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:	Sol, Dios	TELÉFONO CELULAR	3138596344	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	(Periódicos)	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22		

2. CAPTURA DE 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	1
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I		

3. CAPTURA DE DATOS PERSONALES (SOLO PARA PERSONAS DE 18 AÑOS O 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?	—	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 tiempo libre?	Caminar 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

6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	Moderada	7. Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2	8. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	2	9. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	0	10. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumirla y antes de probarla?	NO	11. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillo, puros o pipas?	NO	12. 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

1. En los últimos 7 días, ¿cuántas horas durmió en promedio en la noche?	7	2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, otro enfermero u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	NO	3. ¿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. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	5. ¿Usted toma medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	6. ¿Está tomando medicamentos para controlar la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	NO	7. ¿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

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 que su estado de salud es:	Bien	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 [illegible] mencionado en preguntas anteriores)?	9

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS	PESO	76	TALLA	1.59	IMC	29.2	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	79	CLASIFICACIÓN	Riesgo

4. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE IMAGEN Y/O FOTOGRAFÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales deseo participar de manera libre y voluntaria con la participación bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Acuerdo 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 este 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 este deportivo, autorizo a las entidades y contratistas anteriormente citados 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 este deportivo, el cual tendrá 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 inclusión 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 CONTRATISTA		FIRMA DEL DIRECTOR(A)/PROMOTOR(A) HEVS	
NOMBRE COMPLETO	Raquel Collazos	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	36067015	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

INDERHUILA	Proceso: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Versión: 5 CÓDIGO: FO-FR-854 Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	5/03/2024	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	NEIVA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.328	NOMBRE DEL GRUPO	NEIVA 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	Sandra milena leiva	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	8/02/98
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	1034869627	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	Trabajo	NIVEL EDUCATIVO	Técnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	312 524 37 87
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	Periódico	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 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. ANTECEDENTES PERSONALES ÚTILES PARA LA PRESCRIPCIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES DE ACTIVIDAD FÍSICA

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 (de) montó 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?	Gimnasio y Grupo A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

6. ¿A qué intensidad realiza la actividad física?	Moderada	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: cigarrillo, puros o pipa?	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. 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 u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?	NO	2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que usted tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	NO	3. ¿Un médico le ha informado que tiene alguna condición médica que impida su participación en 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

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 es su estado de salud en general?	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?	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 el 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 USO DE IMAGEN, VIDEO Y/O FOTOGRAFÍAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los pueblos 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.	N
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 a través de las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, edumático, 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 CONTRATISTA		FIRMA DEL MONITOR(A) PROFESIONAL, PROMOTOR(A) O COORDINADOR(A)
NOMBRE COMPLETO	Sandra Leiva	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1034869627	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.082.215.328

inscripción	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 8
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		CÓDIGO: PO-FR-084
			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 (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

1. DATOS DE LOS PARTICIPANTES

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Evelyn Rondon Lopez	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	26/11/90
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 # 9-19	ZONA	U. bana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Los Zamorez	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	300 618 1347	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	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	2
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I		

3. CUESTIONARIO PERSONAL DE CADA PARTICIPANTE (Cada Usuario diligencia el suyo)

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted invirtió 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. invirtió 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?	ejercicio en el 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

6. ¿A que hora del día realiza la actividad física?	Indistinto	1. ¿Durante los últimos 7 días, cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántos "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: cigarrillo, pitos 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

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

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, una enfermera 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 deba empezarse 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, 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 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 o 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 o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera mencionada en pregunta anterior)?	10

3.8. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO	70	TALLA	1.62	IMC	91.6	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	96	CLASIFICACIÓN	Riesgo

4. 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 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 mi participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, exime 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 saddados 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 FILMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro filmico 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, acordes 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 PERSONA PARTICIPANTE		FIRMA DEL ACUDIENTE		FIRMA DEL PROFESIONAL, PROMOTOR(A) PARA LA PROMOCIÓN Y DILIGENCIAMIENTO	
NOMBRE COMPLETO	Evelyn Rondon Lopez	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1037646893	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.326

	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5
	FORMATO:	CÓDIGO: FD-FR-054
	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 (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL USUARIO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Isabella Rojas Alvarez	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	3/04/15
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 Norte Iquira	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	Maly Alvarez			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	320 340 0549
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Maly 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				
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	4

3. CUESTIONARIO PERSONAL DE HÁBITO PARA VERIFICAR CONDICIÓN (APLICA QUINCENAL Y MENSUAL)

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted iba 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, ¿cuanto tiempo Ud. montó directamente 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, ¿cuanto tiempo dedicó directamente 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 TABAGO 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 cuantas "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: cigarrillo, puros o pipas?		2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo siguiendo as su casa que hará en su presencia?	

3.5. HÁBITOS DE TABAGO Y SUEÑO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

7. 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 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. En [illegible] que su estado de salud es:		1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en personas 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)?	

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 USO DE IMAGEN Y VOZ

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Manifiesto que he sido informado acerca de los beneficios para la promoción de actividad física de los cuales puedo acceder y 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.	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, 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

Maly Alvarez		Oscar Ivan Trujillo Ocampo			
FIRMA DEL USUARIO (A)		FIRMA DEL GESTOR (A)		FIRMA DEL MONITOR (A) PROMOTOR (A) HEVS (SI APLICA)	
NOMBRE COMPLETO	maly alvarez	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1084607864	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: FO-FR-054
			Fecha: 19/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	04/01/2024	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	
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 Jose 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 Antioquia	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	Maly Alvarez			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	3203400549
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Maly Alvarez	TELÉFONO CELULAR	3203400549	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 NEVS	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			
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
																		4

3. APLICACIÓN PERSONALIZADA 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 acostumbra usar bicicleta o caminar 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 total diariamente usa bicicleta o camina para desplazarse de un lugar a otro?		4. Durante los últimos 7 días, ¿usted registró actividad física en su tiempo libre?		5. ¿Cuántos días a la semana?		6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

7. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?		8. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?		9. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?		10. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?		11. ¿Usted le adiciona sal a la comida, use en exceso para consumir y antes de probarla?		12. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	

3.3. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

13. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?		14. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?		15. ¿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?		16. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que puede empeorarse con la actividad física?		17. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?		18. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	

3.4. MORBILIDAD REPORTADA

19. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?		20. ¿Presenta alguna enfermedad o condición de salud?		21. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?		22. Diría que su estado de salud es:		23. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una o tres veces por semana y durante al menos 30 minutos?		24. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	

3.5. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO	70	TALLA	1.71	IMC	23.6	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	61	CLASIFICACIÓN	Normal

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

25. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una o tres veces por semana y durante al menos 30 minutos?	
26. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

27. 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 30 minutos, a pesar de barreras manifestadas en pregunta anterior)?	

4. CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las actividades para la promoción de actividad física de los cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo a 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 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

Maly Alvarez		Oscar Ivan Trujillo Ocampo
FIRMA DEL USUARIO	FIRMA DIRECTOR AF	FIRMA DEL MONITOR(A), PROMOTOR(A) HABILITADO(A) PROMOTOR(A) COMUNITARIO(A)
NOMBRE COMPLETO: Maly Alvarez	NOMBRE COMPLETO:	NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO: 1094 267 789	NÚMERO DE DOCUMENTO:	NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.082.215.320

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCION Y REGISTRO DE USUARIOS		CÓDIGO: FO-FR-058
			Fecha: 19/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	30/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	IQUIRA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.329	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 (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

1. DATOS DE LA USUARIA Y CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Meily Yuliethi alvarez	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino		ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	21/04/11	
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1039967689	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	Calle 7 # 7-41			ZONA	Urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Parte 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	Periodico	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			
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	2					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 asentó 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. pasó 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

6. ¿A que intensidad realizó la actividad física?	Moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuanto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2	1. ¿Durante los últimos 7 días cuenta o "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 consumirla 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 bebe alguien en su casa que tomó en su presencia?	NO		

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

7. 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 su nivel de 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 el 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 o malestar, 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 que es estado de salud es:	Bueno / Excelente	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos como la Rutina una o dos veces por semana durante 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 el tiempo 60 minutos, a pesar de (barrera mencionada en pregunta anterior)?	10		

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO	72	TALLA	1.69	IMC	21.1	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	67	CLASIFICACIÓN	Normal

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales deseo participar 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 consejo 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 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 divulgar las publicaciones, piezas comunicativas 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 ACUDIENTE		FIRMA DEL MONITOR RESPONSABLE DE LA SESIÓN
NOMBRE COMPLETO	Meily Alvarez	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1039967689	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.082.215.329

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

FECHA DE INSCRIPCIÓN	6/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	NEIVA	POL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.083.915.338	NOMBRE DEL GRUPO	NEIVA 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	Dora Rojas	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino		ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	03/12/84	
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	12283929	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	Primaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3203400544		
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Carrera 7 # 7-41			ZONA	Urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Nueva Asentadora	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:	Marly Alvarez	TELÉFONO CELULAR	3003400544	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Periódico	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	54	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			60 años en más 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						

3. DATOS PERSONALES DEL USUARIO 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 invirtió 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?	5	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?	Caminar al trabajo	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.3. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

6. ¿A que intensidad realizó la actividad física?	Moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuanto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2	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 adicionas sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	1. ¿Ha tenido en cuenta los últimos 7 días, ¿durante algunos de estos días bebió alguien en su casa que usted estuvo en su presencia?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante algunos de estos días bebió alguien en su casa que usted estuvo en su presencia?	NO				

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

5. 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

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

5. ¿Está tomando medicamentos para controlar 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?	—

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

10. ¿Cómo 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 tres veces por semana durante al menos 30 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 30 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10		

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

4. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS	PESO	80	TALLA	1.76	IMC	25.8	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	80	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS Y AUTORIZACIÓN DE MATERIAL AUDIOVISUAL 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 [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 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 a través de las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, los necesidades, informes 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 ACUDIENTE (EN CASO DE SER MENOR DE EDAD)		FIRMA DEL MONITOR QUE REALIZA LA INSCRIPCIÓN Y/O PROMOTOR	
NOMBRE COMPLETO	Dora Rojas	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	12 283 929	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.083.915.338

	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	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 HT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (NAME PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Shonth 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	Terminado	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 Pinos	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (si es menor de edad)	—	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Sara Leiva	TELÉFONO CELULAR	3176888331	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Rc. Tarco	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		

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA CON 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	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?	10	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al Orgo 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	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 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 algunos de esos días hubo alguien en su casa que fume en su presencia?	NO				

3.3. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

3.4. MORBILIDAD REPORTADA

5. 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 (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 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				

3.5. 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. Diríjase 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 mencionada en pregunta anterior)?	10		

	PESO	65	TALLA	1.70	IMC	22.5	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, siguiendo 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 estos 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 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

Shonth Saavedra	[illegible]	Oscar Ivan Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO: Shonth 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

INDERNEIVA	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL FORMATO: FICHA DE INSCRIPCION Y REGISTRO DE USUARIOS	Versión: 6 CÓDIGO: FO-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	1.083.215.328		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 FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP:			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Eleazar 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	— 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	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	2075

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. menos 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 gym A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, enuncie ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

3.3. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. ¿A que intensidad realizó la actividad física?	moderado

3.4. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3

3.5. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de frutas 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

3.6. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillo, 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

3.7. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

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

3.8. MORBILIDAD REPORTADA

3. ¿Un médico le ha informado que tiene alguna condición medica 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 alta en la sangre?	NO

3.9. MORBILIDAD REPORTADA

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

3.10. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

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 30 minutos?	ninguno

3.11. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

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 dos veces por semana durante al menos 30 minutos, a pesar de (barrera mencionada en pregunta anterior)?	7

PESO	70	TALLA	1.76	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 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 Instituto 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 Instituto del Deporte y del ente deportivo, autorizo a la(s) entidad(es) 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 filmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Instituto del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover y fortalecer las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, acordes de las necesidades, intereses y especialmente 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 ejecución de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. X

NOMBRE COMPLETO	Eleazar Rojas Leiva	NOMBRE COMPLETO	
NÚMERO DE DOCUMENTO	4946641	NÚMERO DE DOCUMENTO	
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.083.215.328

	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	9/8/2025	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 (NAME PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

1.1

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	6495030	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana		
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EMPRESA	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	3132978170	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

1.2

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		

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

3.3. 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 AIF	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, favor escribir ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA 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

3.8. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillo, 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

5. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo demoró en promedio en la noche?	8

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, 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

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 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)?	8

PESO	70	TALLA	1,75	IMC	22,8	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	63	CLASIFICACIÓN	Normal

1.1

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 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 y ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, acordes a 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

NOMBRE COMPLETO	Eliesel Monje	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	6495030	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

Instituto	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Versión: 6 CÓDIGO: FO-FR-084 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	ADULTOS MAYOR		TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD		
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	HOGAR GERIATRICO	ESCENARIO	PARQUEADERO			URL GRUPO AF (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

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	26.541.450	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	3132978720	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

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted caminó 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. usó/montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?
No	0	No

3.2 ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó act. física en su tiempo libre?	2. ¿Cuántos días a la semana?	3 En esos días, ¿cuanto 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?
Si	2	60"	asistencial grupo AF	

3.2 ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	7. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?
moderado	3

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

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?
1	1

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

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: cigarrillo, puros o pipa?	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días tuvo alguna de mi casa que fuera en su presencia?
No	0

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

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)?
8	No

3.6 MORBILIDAD REPORTADA

2. ¿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 le impida o empeore con la actividad física?	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?
No	No	No

3.6 MORBILIDAD REPORTADA

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?
No	NO

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:
NO	NO	—	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?	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada seguro y 10 es muy seguro, ¿qué tan seguro 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 (nombre manifestada en pregunta anterior)?
ninguno	—	9

PESO	70	TALLA	1.80	IMC	21.6	CLASIFICACIÓN	Normal	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 deseamos libre y voluntariamente hacer parte bajo mi responsabilidad, siguiendo 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 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 el 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 y divulgar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, acordes 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 ejecución de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. X

NOMBRE COMPLETO	Claudina Cumbe de Celis	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	26.541.450	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	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 (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Benilda Bedoya Cuevas	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	29/08/54
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	26.606.157	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana		
DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICIÓN	ninguno	GRUPO ETNICO	ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Asmet Salud
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 #3-91	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	3137478720	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Peribreo	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 usó 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?	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?	asistio al grupo A.F	5. Sin sospecha anteriormente ¿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 SUERO

6. ¿A que intensidad realiza la actividad física?	moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuanto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3	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	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		

3.6. HÁBITOS DE TABACO Y SUERO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

5. 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 comprometerse 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 1 a 10 en donde 1 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)?	7		

	PESO	65	TALLA	1.64	IMC	29.2	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	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 decido participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, así mismo en mi calidad de asistente 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 divulgar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, atendiendo 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

NOMBRE COMPLETO	Benilda Bedoya	NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	26.606.157	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: 18/07/2025

FECHA DE INSCRIPCIÓN	4/8/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	VAGUARÁ	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 (FANPAGE 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/EPB	Nueva EPS		
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Secundaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			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 Ochoa	TELÉFONO CELULAR	3132978720	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Peritoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVE	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

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?	asistencial grupo AcF	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. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

8. ¿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, ¿en cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días, ¿en cuántas "porciones" de [illegible] consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, en el rato 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, ¿dentro de estos días había alguien en su casa que fumó en su presencia?	0					

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO | **3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL** | **3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

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

9. 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 glicemia 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/mocos, 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	61	TALLA	155	IMC	25.4	CLASIFICACIÓN	obesidad 1	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 osteomusculares, riesgo 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 FILMICO YO FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro filmico 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 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	Asceneth escobar	Oscar Ivan Trujillo Ocampo
NÚMERO DE DOCUMENTO	26.606.042	1.082.215.328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 8
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FO-FR-054
		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	1.082.215.328	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	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	— 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	3137978290	MEDIO DE COMUNICACIÓN LOCAL ES 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

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted acostumbró 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. acostumbró 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**

8. ¿A que intensidad realizó la actividad física?	moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuanto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3	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 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 cuantos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	0				

3.6. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO | **3.8. 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 tiene nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?	NO	13. ¿Su médico le ha indicado que tiene alguna condición médica que pueda limitar hacer 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				

3.8. 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. Diríjase 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 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 o de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de [barrera mencionada en pregunta anterior]?	8				

	PESO	66	TALLA	1.65	IMC	21.6	CLASIFICACIÓN	Saludable	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 deseo 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, estoy en la obligación y contabilidad 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

		César Juan Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO	Argemiro Tamayo	NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	18910594	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-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	1.082.215.398		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 AFIANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

I. I

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/MEPS	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	Sabana			
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	Periforeo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	2025		

I. I

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		

I. I

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted acostumbró ir 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. usualmente 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 dedica diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistural grupo A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, describa ¿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 consumirla antes de probarla?	No	4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	No	5. 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

7. 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 ha 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 manera 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 manera?	—	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						

II

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 cardiorespiratorios, riesgo de contagio por 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 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 insumo 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 realización 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	4951328	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.398

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Version: 8
indeportes	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CODIGO: FDFR-054
		Fecha: 19/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	4/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	RDL 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 AFTAMEPADE FACEBOOK O WHATSAPP:			

I. DATOS PERSONALES

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Angel María 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	17100928	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	TELEFONO CELULAR	3137978770	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Periodico	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	2015

II. CARACTERIZACIÓN

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

III. ACTIVIDAD FÍSICA

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 el mismo 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 ¿cual esta actividad física practica en el tiempo libre?							

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. ¿Dur... 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

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera o 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 semidirigidos una o tres veces por semana durante al menos 50 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 es usted de practicar actividad física en sesiones de grupos semidirigidos de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 50 minutos, a pesar de (barrera mencionada en pregunta anterior)?	7

PESO	70	TALLA	1.68	IMC	25.8	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	82	CLASIFICACIÓN	Normal

IV. CONSENTIMIENTO INFORMADO

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 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: Consiento 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 enviar mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias.	X
AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FILMICO 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 incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.	X

NOMBRE COMPLETO	Angel maria Parra	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO	17100928	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	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	Alino Tombe Monje	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	19/10/62
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	3132978120	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	
															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?	

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

6. ¿A que intensidad realiza la actividad física?	moderada	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/s 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, bazar, 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

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

8. 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

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

2. ¿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

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

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

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 diría que su estado de salud se	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

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 cardiorrespiratorios, 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 [illegible] dades 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 realizar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de las necesidades, inquietudes 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	Alino Tombe Monje	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	83.237.014	1.082.215.328

INDERHUILA	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 8
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FO-FR-064
		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 (SAME PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Carmen Flor Tamayo Cuenca	SEXO DE NACIMIENTO	Hoja	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		— 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	3137978170	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	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	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?	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	0	NO

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, ¿cuanto 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?
Si	2	60 min	asistir al grupo AF	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA 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?	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	1	No

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillo, pereo o pipas?	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días tuvo alguien en su casa que fumó en su presencia?
NO	0

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

8. 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 o 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?
NO	NO	No	No	NO	No

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. Dicha que su estado de salud es:
No	NO	—	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?	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)?
ninguna	—	7

PESO	56	TALLA	1.61	IMC	21.5	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	78	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las ventajas 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, como 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, hábitos y salud de las personas. 7

		Oscar Iván Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO	Carmen Flor Tamayo	NOMBRE COMPLETO
NÚMERO DE DOCUMENTO	26.606.044	NÚMERO DE DOCUMENTO
		NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
		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: FO-FR-054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	4/01/2024	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	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	carlina Bruno Polanco	SEXO DE NACIMIENTO	Hembra	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	05/12/34		
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	26.513.893	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	— 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:	Estefani Bohorquez	TELÉFONO CELULAR	3137478370	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Periodico	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

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?	caminata y yoga 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 que intensidad realiza 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 tuvo alguien en su casa que fumó en su presencia?	0						

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

5. 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. Cómo es 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 mencionada en pregunta anterior)?	7						

PESO	52	TALLA	1.52	IMC	26.9	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 participaré 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 otros. Por lo anterior, exono 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 divulgar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y expectativas de los consagrados en 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**

NOMBRE COMPLETO	carlina Bruno Polanco	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	26.513.893	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

huila	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FO-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 AFIANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP:					

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Bertilda alvarez de ramirez	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	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	Secundaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	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:	Stefany Gutierrez	TELÉFONO CELULAR	3137478220	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	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

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?	

3.3. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

6. ¿A que intensidad realizó la actividad física?	moderada

3.4. 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 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: cigarrillo, puros o pipa?	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. 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 (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

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que limite realizar 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

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

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?	—

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

10. Dirija 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

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

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	57	TALLA	1.68	IMC	20.2	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 deseo 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, esguinces 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. — V

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. — V

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. — V

		Oscar Ivan Trujillo Ocampo

NOMBRE COMPLETO	Bertilda alvarez 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

Instituto	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	4/05/2026	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):			

NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	Cayetano García 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	— 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 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

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?	
4. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividades en el tiempo libre?	No	5. ¿Cuántos días a la semana?		6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	

3.2 ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividades en el 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 a realizar fue OTRA, mencione ¿cual otra actividad física practica en el tiempo libre?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

6. ¿A que intensidad realizó la actividad física?	moderada	7. ¿Durante los últimos 7 días cuántos minutos empleó caminando en el trabajo, en su casa, para ir de un lugar a otro, o por placer?	3	8. ¿Durante los últimos 7 días cuántos "porciones" de fruta consumió en el día?	1	9. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	10. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	No	11. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillo, puros o pipas?		12. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	0

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO | **3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL** | **3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

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

13. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8	14. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta o hipertensión arterial?	No	15. ¿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	16. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorar con la actividad física?	No	17. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	No	18. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	No	19. ¿Presenta 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**

20. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	No	21 ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	No	22. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	23. Diría que su estado de salud es	Buena	24. ¿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	25. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	—	26. 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 diversas manifestaciones en pregunta anterior)?	7

PESO	66	TALLA	1.57	IMC	27.1	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	97	CLASIFICACIÓN	Obesidad

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 en la práctica de actividad física, así mismo en mi calidad de asistente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como: lesiones osteomusculares, riesgos cardiorrespiratorios, 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 anteriormente mencionadas, 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 las contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover y mostrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, acordes de las necesidades, intereses y expectativas de los ciudadanos 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	Cayetano García Chila	NOMBRE COMPLETO	NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1634260	NÚMERO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.082.215.328

indeportes huila	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL FORMATO: FICHA DE INSCRIPCION Y REGISTRO DE USUARIOS	Versión: 8 CÓDIGO: FO-FR-054 Fecha: 16/02/2023

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	1.082.216.326		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 AFIANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP:			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Uelo Cortez Cuellar	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	28/05/64
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	— 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	3132978920	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Periodico	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUE 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				
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?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. recorrió 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 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: cigarrillo, puros o pipa?	No	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante alguno de estos días hubo alguien en su casa que fume en su presencia?	0

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

5. En los últimos 7 días, ¿cuántas horas 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 o otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alta?.	No	3. ¿Su medico 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. Dicta 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 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)?	8

PESO	57	TALLA	1.57	IMC	24.0	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, a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, así mismo en mi calidad de residente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como: trauma, descompensaciones, 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 sectorizado, 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 academia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. X

NOMBRE COMPLETO	Uelo Cortez Cuellar	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	26.606.836	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.216.326

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5
Instituto	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FO-FR-054
		Fecha: 18/02/2023

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	Francisco Tovar Pedroza	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	04/09/47		
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:	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	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 acostumbra caminar 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?	as-si-is al grupo m.f	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	

3.3. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada

3.4. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3

3.5. 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: cigarrillo, 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

3.6. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

5. 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

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

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	1.64	IMC	25.6	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 las 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 mostrar 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 existencia 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

INDERHUILA	PROCESO: FOMENTO A[illegible]DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CODIGO: FO-FR-054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	4/8/2025	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	AF[illegible]MAYOR			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	HOGAR GERIATRICO	ESCENARIO	PARQUEADERO			URL GRUPO AF FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP:	[illegible]		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Elva Maria Chambo de Garcia	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	31/07/47
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	— 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	3132978120	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Pentoreo	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

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted usualmente se 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. usualmente se 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, ¿cuanto 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 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 esta lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted toma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillo, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿dentro de estas días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

3.6. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO | **3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

7. 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, escalofríos, 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 o 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	59	TALLA	1.45	IMC	28.06	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	80	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las sesiones de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; del mismo en mi calidad de asistente 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 FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y 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 las plazas, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. — X

NOMBRE COMPLETO	Elva Maria Chambo	NOMBRE COMPLETO	
NÚMERO DE DOCUMENTO	26-514-539	NÚMERO DE DOCUMENTO	
		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
Indeportes	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FO-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 TRILLO 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 (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Gabriel Angel Camacho Rojas	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	28/07/52
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	— o —		
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	cra 4 # 3-41	ZONA	urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Hogar benatrico	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:	Estefana Gutierrez	TELÉFONO CELULAR	3132978710	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCAL EN A LOS QUE TIENE ACCESO	Bafloneo	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	4
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 necesitó 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. usaría 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?
NO	0	NO	Si	2	60'	asistir al grupo A.F	

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 verd aura consumió en el día?	3. ¿Usted le adiciona sal o la comida, una vez está lista para consumirla 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?
moderado	3	1	1	NO	NO	NO

3.6. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

3.8. MORBILIDAD REPORTADA

3. En las últimas 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. ¿Un 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?
8	NO	NO	NO	NO	NO	NO

3.8. 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?	8. 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 90 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 dos veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?
NO	NO	—	Bueno	ninguno	—	9

PESO	67	TALLA	1.58	IMC	27.6	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	96	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, asumiendo 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, entrego 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, acordes de, las necesidades, intereses y expectativas de los asistentes 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	Gabriel Camacho	NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	12186152	NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.338

Indeportes	PROCESO: FOMENTO A... DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 6
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		CÓDIGO: FD-FR-054
			Fecha: 19/07/2023

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 AFIANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP:			

I. DATOS DEL PARTICIPANTE

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Gabriel Angel Rodriguez Justres	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	11/07/53		
TIPO DE DOCUMENTO	C C	NÚMERO DE DOCUMENTO	4951 916	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiano		
DISCAPACIDAD	ninguna	COMISIÓN	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:	Estefani Gutierrez	TELÉFONO CELULAR	3132978770	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Pentoreo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	2025		

II. CARACTERIZACIÓN

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		

III. ACTIVIDAD FÍSICA

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted usó 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, ¿cuanto tiempo Ud. usó 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 min	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo AF	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cual otra actividad física practica en el tiempo libre?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

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 esta lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillo, 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		

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

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 o 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 colesterol 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, ¿Cual 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 ¿cual 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	73	TALLA	1.60	IMC	27.0	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	96	CLASIFICACIÓN	Riesgo

IV. CONSENTIMIENTO INFORMADO

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 citadas 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/o ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de los necesarios, 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 ejecución 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	
NÚMERO DE DOCUMENTO	4951916	NÚMERO DE DOCUMENTO	
		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

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

FECHA DE INSCRIPCIÓN	4/8/2025	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 (FAME PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Gilberto Ceiquera 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	4951650	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	— 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 LOCALIER 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	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?	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 AIF	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, menciones ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	

3.3. ACTIVIDAD FÍSICA 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 o 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: cigarrillo, 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. 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. ¿Le medico 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

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, menciones ¿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	73	TALLA	1.61	IMC	28.1	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso I	PERÍMETRO DE CINTURA	91	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso

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 y demás tales como lesiones osteo-articulares, 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 FILMICO 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 será usado 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 existencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. X

NOMBRE COMPLETO	Gilberto Ceiquera	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	4951650	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: FO-FR-084
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	4/02/2026	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	ADULTO MAYOR			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	HOGAR GERIATRICO	ESCENARIO	PARQUEADERO			URL GRUPO AF [FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP]:			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Gustavo Dussan 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	— 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	Peritoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA INDES	7075		

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 el menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo (ld. 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, ¿cuanto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en su tiempo libre?	asistir al grupo AIF	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cual otra actividad física practica en el tiempo libre?	

3.3. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

6. ¿A que intensidad realiza la actividad física?	Moderada

3.4. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3

3.5 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

3.6. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

8. 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. ¿... alguna vez 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

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. Dirías 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 en 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	75	TALLA	160	IMC	29.3	CLASIFICACIÓN	Obesidad I	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 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 FILMICO 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, estar 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 Dussan	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	4951771	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.216.328

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

FECHA DE INSCRIPCIÓN	4/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	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 (FANPAGE 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	Secundaria	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	3132478720	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

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 (de cuánto tiempo) usted 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?
NO	0	NO	Si	2	60"	asistir al grupo A.F	

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?	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	1	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillo, puros o pipas?	1. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días trató alguien en su casa que fumó en su presencia?
NO	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

4. ¿Cuántas horas duerme 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 tiene un 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 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	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	10. Dirías que su estado de salud es
NO	—	Buena

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comentarios 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)?
ninguna	—	9

PESO	62	TALLA	1.63	IMC	23.4	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	84	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 asistente 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 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 o fortalecer las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, acordes de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al direccionamiento 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 Iván Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO	Hermogenes Montealegre	NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVÁN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	4.951.967	NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.082.215.328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
Indeportes	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FO-FR-054
		Fecha: 10/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	4/03/2026	DEPARTAMENTO	TOLIMA	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 [FANPAGE, FACEBOOK O WHATSAPP]:			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Isaias Pinza 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:	Esteranq Gutierrez	TELÉFONO CELULAR	3132978720	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	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?	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?	asistencia 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 realiza 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 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

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

5. 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. ¿Alguna vez le ha dicho un médico o profesional de la salud que padece 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, tos seca, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

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 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	153	IMC	25.1	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso I	PERÍMETRO DE CINTURA	69	CLASIFICACIÓN	Riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales deseo participar libre 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 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 Deporta 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 Deporta 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 la comunidad respecto al disfrute 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	Isaias Pinza Tovar	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	4951341	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
INDERHUILA	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FD-FR-054
		Fecha: 19/07/2023

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	1.080.215.328		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 FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP:			

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	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	— o —			
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO EL ECTRÓNICO	— 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	Periferico	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

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 (de) 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 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 AIF	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderado	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 esta ha sido preparada y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	1. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

8. 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. ¿Se 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

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. Dele 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 a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	8

PESO	64	TALLA	165	IMC	23.5	CLASIFICACIÓN	Peso normal	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, ataques cardiorrespiratorios, 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 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, acordes a las necesidades, intereses y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con su aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la realización de actividades, 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
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		CÓDIGO: FD-FR-054
			Fecha: 19/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	9/8/2025	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 (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Luis Eliecer Solarzano	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 ETNICO	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 #3-41			ZONA	urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Hogar Geriatrico	VIA 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	TELEFONO CELULAR	3132978720	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Periodico	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

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?	
NO	0		NO	

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 opción ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	
Si	2	60	"	Asistir al grupo AIT		

3.3. 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?	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	1		NO	

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillo, 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?	
NO		NO	

3.6. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?		4. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?		5. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene nivel de glucosa o azúcar en la sangre en alto?		6. ¿Su medico le ha indicado que tiene alguna condición médica que puede empeorarse con la actividad física?	
8		NO		NO		NO	

3.7. 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. Cómo ... su estado de salud ...	
NO	NO		—	Bueno	

3.8. MORBILIDAD REPORTADA

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?	
NO		NO		NO	

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)?	
ninguno		—		9	

PESO	66	TALLA	1.52	IMC	28.3	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	92	CLASIFICACIÓN	Riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesta 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 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 y divulgar las publicaciones, presentaciones institucionales y material 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**

NOMBRE COMPLETO	Luis Solarzano	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO	93150098	NUMERO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

indeportes	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 8
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		CÓDIGO: FO-FR-054
			Fecha: 19/07/2023

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 (NAME PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):					

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:	Estefani Barrera	TELÉFONO CELULAR	3132978370	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Periodico	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

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted asistió 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 (de) 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 m	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo AF	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cual 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 veces usted "porcioneo" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas veces "porcioneo" 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?	NO		

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

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 [illegible] 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	Buena	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		
	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 deseo participar libre y voluntariamente y 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 hacer los radicadores, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, avances 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	Lucio Trujillo	NOMBRE COMPLETO	
NÚMERO DE DOCUMENTO	4951545	NÚMERO DE DOCUMENTO	
		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 8
indeportes	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FD-FR-054
		Fecha: 19/07/2023

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 FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):					

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	4951796	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		Urbano	
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	3137978720	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	2025

5 a 9 años		6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			28 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAR 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 directamente 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?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	Si	3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedica diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	2

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	60 "	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	Asistir al grupo Pit

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

4. ¿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 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: cigarrillo, 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. 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

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

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. Dida que es estado de sa...des	Buena

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)?	9

PESO	66	TALLA	1.52	IMC	EX 1	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	96	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 participaré 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 custodios 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 implementación de planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. — X



NOMBRE COMPLETO	Luis Vargas	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	4951796	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 328

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

FECHA DE INSCRIPCIÓN	4/05/2024	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 328	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	Luis Ernesto Cardenas Luenca	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		— 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	3132978740	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

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 min	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir a grupo A.A	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?	Moderado	1. ¿Durante los últimos 7 días cuanto 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 pipa?	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 tiene 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. ¿Tuve 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 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

PESO	64	TALLA	1.52	IMC	27.5	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 elijo 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 otros. 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. 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 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 Cardenas	NOMBRE COMPLETO	
NÚMERO DE DOCUMENTO	14944575	NÚMERO DE DOCUMENTO	
		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 328

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

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 AFIANE 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	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	12184762	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	— o —		
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	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)	— o —			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Estefana Gutierrez	TELÉFONO CELULAR	3137978720	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Rentoneo	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

1. Durante los últimos 7 días, ¿Usted asentó en bicicleta a ir o volvió 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 Usted asentó aproximadamente 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, ¿cuanto 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 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 cuanto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3	1. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	¿Durante los últimos 7 días cuantas "porciones" de ... consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, en el momento de consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillo, 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, ¿cuanto 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 crónica 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 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 es usted 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	45	TALLA	1.52	IMC	19.8	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	CC	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para promocion de actividad física de las cuales de manera libre y activa, me 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, 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 gestar 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 canales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover o contar las publicaciones, presentaciones institucionales y en general audiovisual, acorde de las necesidades, intereses y especificidades 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 Camacho	NOMBRE COMPLETO	
NÚMERO DE DOCUMENTO	12184762	NÚMERO DE DOCUMENTO	
		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
		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-PR-054
			Fecha: 16/07/2025

FECHA DE INSCRIPCIÓN	4/08/2025	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	ADULTO MAYOR	TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD			
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	HOGAR GERIATRICO	ESCENARIO	PARQUEADERO	URL GRUPO AF (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):					

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Maria del Transito 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	26.606.079	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana		
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ETNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS		
SITUACIÓN LABORAL	Labores 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			
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Estefany 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	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 acostumbró ser 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. invirtió 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, especifique ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?			

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

3.3. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

6. ¿A que intensidad realiza la actividad física?	moderada	7. ¿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 adicionas 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 fuiste alguien en su casa que fuma en su presencia?	NO						

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

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 (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 indicado 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. Dirías que su estado de salud es	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física de sesiones de grupos comunitarios? Recuerde una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguno	2. Si su respuesta fue OTRA, especifique ¿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	23.8	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 deseo hacer parte y voluntariamente 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 incluir las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, teniendo en, 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

		Oscar Ivan Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO	María Ossa	NOMBRE COMPLETO
NUMERO DE DOCUMENTO	26.606.079	NUMERO DE DOCUMENTO
		NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
		NUMERO DE DOCUMENTO: 1.082.215.328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
Ministerio del Deporte	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FO-FR-054
		Fecha: 19/07/2023

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 (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	ninguna	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 Gutierrez	TELÉFONO CELULAR	3132978770	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	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?	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?	

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

6. ¿A que intensidad realiza la actividad física?	moderada	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 cuantas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "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

4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillo, puros o pipas?	NO	5. 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

8. 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 tu nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.	NO	3. ¿Se medica 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 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

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

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)?	7

PESO	58	TALLA	1,50	IMC	25,7	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso 1	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 me 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, 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 el 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 fortalecer 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 fortaleza 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 Denis 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: 8
INDERHUILA	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FO-FR-084
		Fecha: 15/07/2023

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 AFBANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Nuro Fernanda Andrade	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	28/01/69
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	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	Periodico	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			60 años o más			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?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?		3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo (de), montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	
4. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	5. ¿Cuántos días a la semana?	2	6. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60'

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

7. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir grupo AF	8. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

9. ¿A que 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: cigarrillo, 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. 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 o 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. ¿Se 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

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?	NO	10. Dirla que es estado de salud es	Bueno	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o 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

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

PESO	60	TALLA	1.55	IMC	24.9	CLASIFICACIÓN	Normal	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 deseamos libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, incorporo 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	

Nuro Fernanda Andrade			Oscar Ivan Trujillo Ocampo		
NOMBRE COMPLETO	Nuro Fernanda Andrade	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	55188557	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

	PROCESO: FOMENTO AL DE... DLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FO-FR-054
		Fecha: 19/07/2023

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	1.083 215.328		NOMBRE DEL GRUPO	[illegible]		TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE		ESCENARIO	PARQUE		URL GRUPO AF (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

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	1029883799	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana		
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ETNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Sanitas
SITUACIÓN LABORAL	Estudiante	NIVEL EDUCATIVO	Primaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1			TELÉFONO CELULAR	3172456971
TELEFONO 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	4
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I		

5.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿cuál medio utilizó 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?	

5.2. 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?	

5.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL 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?	

5.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

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?	

5.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?					

5.5. 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?	

5.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

5.6. 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 indicado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	

5.6. MORBILIDAD REPORTADA

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?	

5.6. MORBILIDAD REPORTADA

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

5.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

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?	

5.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

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 [illegible] anteriormente en pregunta anterior)?					

	PESO	40	TALLA	1.20	IMC	27.6	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	60	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que se me 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. — Y

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Conforme a la Política de tratamiento de datos personales del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, suscribo a las objetivos y destinatarios a recolectar, ult. or 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 controlistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover o llevar a las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de las necesidades, avances y especiales de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con su aporte, estay 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. — Y

Carolina Bermeo				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	C	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	C	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 083 215 328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
mi.deporte	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FO-FR-054
		Fecha: 19/07/2023

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	1 082 215.328		NOMBRE DEL GRUPO	BETANIA FIT		TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE		ESCENARIO	PARQUE		URL GRUPO AFRAME PAGE FACEBOOK O WHATSAPP:			

1.1

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Carmen Luz Valderrama	SEXO DE NACIMIENTO	Hembra	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	04/03/66
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	55153495	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:	ulipio Montenegro	TELÉFONO CELULAR	3167001534	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

1.2

0 a 5 años			6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 34 años			35 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		

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?		3. ¿En esos días, ¿cuanto 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?	2	3. En esos días, ¿cuanto 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?	

2.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE / 2.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO / 2.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y S.M. / 2.5. 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?	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 hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	No

2.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO / 2.6. MORBILIDAD REPORTADA

7. 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 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 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

2.6. MORBILIDAD REPORTADA / 2.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

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. Dirla 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 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 mencionada en pregunta anterior]?	8

PESO	60	TALLA	1.66	IMC	26.1	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	81	CLASIFICACIÓN	Alto riesgo

3

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado/a acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales deseo participar de manera libre y voluntaria soy a partir de hoy 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 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 evidencias para promover y difundir las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, internas de, los escenarios, 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 tendencias 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 Iv. Trujillo O.	
NOMBRE COMPLETO	Carmen Luz Valderrama	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	55153495	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215.328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
mindeporte	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	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			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:			

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	26.538.748	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	— 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:	Fabian Andrade	TELÉFONO CELULAR	3183864150	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Periodico	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	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 acostó 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?	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?	caminar 9 1530 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?	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, tulas o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuantos de estos días ha/ha alguien en su casa 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. ¿Se ha visto 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	8. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Dirá que se siente de salud es	Excelente	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupo comunitarias una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál es 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 grupo comunitarias 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	mesop

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 y divulgar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de los 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				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Ligia Cordoba	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	26.538.748	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

	PROCESO:	Versión: 6
inderhuila	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	CÓDIGO
	FORMATO:	FO-FR-054
	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha: 15/01/2023

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 [FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP]:			

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 EAPS/EPS	Asmet Salud
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Tecnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	3172456971		
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:	Inge Coronado	TELÉFONO CELULAR	3143720079	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	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	4
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 (Al mes) destinaron 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?	2. ¿Cuántos días a la semana?	3. En esos días, ¿cuanto 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?
Si	2	60'	asistir al gimnasio N.F	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA 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?
4

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?
1	1	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillo, 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?
NO	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

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)?	2. ¿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, tiritas, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?
NO	NO	NO	NO	NO	NO

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
NO	NO		excelente

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?	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 la pregunta anterior]?
ninguna		10

PESO	68.6	TALLA	1.61	IMC	28.12	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 la cual 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 asistente 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, acordes 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

Carolina Bermeo C.		Oscar Ivan Trujillo Ocampo

NOMBRE COMPLETO	Carolina Bermeo	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1080743758	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.338

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

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 (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Leidy Muñoz Arroyo	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	10/04/06
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1082214601	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	— 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:	Mauricio Lasso	TELÉFONO CELULAR	3156771691	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Periodico	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	5
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 acostumbró 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 de intensidad vigorosa 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?	as isrlis al grupo A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, ¿cuáles fueron otras actividad físicas 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**

8. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	Moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	7	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 o ensalada 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: cigarrillo, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántas 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**

9. 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. ¿Se medica le ha formulado 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 de actividad física una o tres veces por semana durante el menos 60 minutos?	ninguna	2. Si su respuesta fue OTRA, ¿cuáles otras barreras?		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	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; del 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 solicitar y consultar, 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 FILMICO 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 fortalecer las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, los escenarios, alcances 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 Muñoz Arroyo	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO	1082214601	NUMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
indeportes	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FD-FR-054
		Fecha: 15/07/2023

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 (FAME PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

1. DATOS DEL PARTICIPANTE

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	76.428.617	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:	Diviana	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

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						

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 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?	—

3.3. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	moderada

3.5. 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

3.8. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillo, 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

5. En las últimas 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 azucar 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 exceso 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

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 el mismo 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 el mismo 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

4. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado/a acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales 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 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, otorgo 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 FILMICO 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, acordes 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

	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	12/03/2026	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	55196634	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	Jubilada 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	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	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?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	0	3. En esos días, ¿cuánto tiempo (H, mantó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	NO

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últim[illegible] A, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	2	3. En esos días, ¿cuanto 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?	Moderado

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?	0	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, pepas 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

3.6. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

9. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7

3.8. MORBILIDAD REPORTADA

1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipotensión 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 interferir 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

3.8. MORBILIDAD REPORTADA

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, especifique ¿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 [illegible] estado en pregunta anterior)?	10

PESO	69.1	TALLA	1.55	IMC	28.74	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	89	CLASIFICACIÓN	riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesta que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, así mismo es 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, entrego 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, acordes 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 las evidencias de sus planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. — X

Nohora Saavedra M		Oscar Ivan Trujillo Ocampo

NOMBRE COMPLETO	nohora saavedra	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	55196634	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

Huilafamilia	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	1.082.215.326	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 FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):					

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Luisa Fernanda Gaspar	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	7/08/87		
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	Famisanar		
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Profesional	ESTRA..O 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	Pentoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVI	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	4
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 asistió 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 (de, cuenta) 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?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?		3. En esos días, ¿cuánto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	

3.2 ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	Ninguna 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

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 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

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillo, puros o pipa?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántas de estos días tuvo algún problema para dormir o se presentó?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo duerme 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)?	Si	2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?	NO	3. ¿Su médico le ha indicado que tiene alguna condición médica que le impide o limita realizar actividad física?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

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

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	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	n/a	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)?	9

PESO	72	TALLA	1.60	IMC	28.03	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	93	CLASIFICACIÓN	riesgo o

CON 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 asistente 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 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**

Luisa Fernanda Gaspar	X	Oscar Iván Trujillo Ocampo
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
INDERHUILA	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FO-FR-054
		Fecha: 19/07/2023

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	1.082.215.378		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	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	1075627700	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	— 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:	José Luis Cuenca	TELÉFONO CELULAR	3107546979	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		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	

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. ¿Cuantos días a la semana?	0	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. necesitó 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?	OSTEOPOROSIS Y HIPOPRESIVOS 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 que intensidad realiza la actividad física?	moderada	1. ¿Durante las últimas 7 días cuando trabaja pasa sentado o necesitado diariamente?	6	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: cigarrillo, 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					

3.3. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

3.4. MORBILIDAD REPORTADA

8. En las últimas 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 las últimas 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					

3.5. MORBILIDAD REPORTADA

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	6. ¿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 mencionada en pregunta anterior)?	10					

PESO	76.0	TALLA	1.57	IMC	32	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	80	CLASIFICACIÓN	normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesta que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los cuales 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, 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 perifonear y 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

*Leidy Bermudez				Oscar Iván Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	leidy Bermudez	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1075.627700	NUMERO 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: FO-FR-064
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/04/2023	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 FAME PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Erica alejandra baza	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 ETNICO	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	yiscaalejandra7@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	Periodico	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	5
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 (M. 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?	4	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?	—

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 cuantas "porciones" de fruta consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "porciones" de [illegible] 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 tiene alto nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alta?	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. ¿He 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. Dirías 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 barreras identificada 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 deseo hacer uso y 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 el tratamiento de mi 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 mostrar las publicaciones, pronunciamientos 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 ejecución de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas — X

Erica Melandra Gaza R.		Osc. Ivan Trujillo Ocam.
NOMBRE COMPLETO: Alejandra Yoses	NOMBRE COMPLETO:	NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO: 1075251730	NÚMERO DE DOCUMENTO:	NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.082.215.328

Huila	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Versión: 8 CÓDIGO: FO-FR-064 Fecha: 18/07/2025

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/9/2025	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 Rueda Monteregro	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	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	bibi1275@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	3134365498	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Pentoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Sí	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVI	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 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 (M, monté 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?
NO	0	no	Si	2	60'	caminar y no A.F	—

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 cuanto 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 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 fumo en su presencia?
moderada	3	1	1	NO	NO	NO

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

8. 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 cuerpo constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?
7	No	No	No	No	No	No

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

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	8. ¿Presenta alta enfermedad o condición de salud?	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	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?	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 haberse manifestado en pregunta anterior)?
NO	No	—	ninguno		10

PESO	61.5	TALLA	1.56	IMC	76.0	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 me he 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. — Sí

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. — Sí

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 realizar 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 situación de información en el país y la evidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. — Sí

Bibiana Rueda		Oscar Iván Trujillo Ocampo

NOMBRE COMPLETO	Bibiana Rueda Monteregro	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	76-430-802	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 328

	PROCESO	Versión: 8
Huila	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	CÓDIGO: FDHF-054
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Fecha: 19/07/2023

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 (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

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	3137386364
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:	Kerly 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	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

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted usó alguna 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. usted 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, ¿cuanto 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, inscriba ¿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 cuanto 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 verdu se 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 pipa?	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

3.6. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

3.8. MORBILIDAD REPORTADA

3. En las últimas 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 algún 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

3.8. 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	8. 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	68	TALLA	1.67	IMC		CLASIFICACIÓN		PERÍMETRO DE CINTURA	86	CLASIFICACIÓN	

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesta que ha sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria, va a participar bajo su responsabilidad, acatando 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 anteriores 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, acordes de las necesidades, intereses 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 socialización de planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. — X

NOMBRE COMPLETO	Solany obando	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
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		CÓDIGO: FD-FR-054
			Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/02/2025	DEPARTAMENTO	TOLIMA	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 (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Dona yilema 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	—	CORREO ELECTRÓNICO	yi-lemej@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	Periodico	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVI	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	5
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
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	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

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: cigarrillo, 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. ¿Le han dicho si ha tenido que tiene alguna condición médica que le impide participar 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	98	TALLA	1.55	IMC	3030	CLASIFICACIÓN	obesidad	PERÍMETRO DE CINTURA	109	CLASIFICACIÓN	normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales deseo 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 Municipio 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 fortalecer 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	Dona yilema mejica	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1075270479	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	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 (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

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	3176626578		
TELEFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	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 baspal	TELEFONO CELULAR	3176626518	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Peritoneo	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	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

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 dedica 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 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

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 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: cigarrillo, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuantos 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, ¿cuántas horas duerme 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 o 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 azucar 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						

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	8. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	NO	10. Dirí[illegible]a estado de [illegible]	excelente	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios dos o tres veces por semana durante el mismo 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 el mismo 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10						

PESO	68	TALLA	1.66	IMC	24.4	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 las cuales de manera libre y voluntaria soy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, en el 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 e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material institucional, además de, las actividades inherentes y específicas 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

Ma Mercedes Umaña		Oscar Iván Trujillo Ocampo			
NOMBRE COMPLETO	maria mercedes U.	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO	1080290231	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: FO-FR-084
		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 (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Martha Yaneth Diaz	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	30/04/81
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	3
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?
NO		

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 dedica 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?
Si	2	60'	asistir al grupo A.F	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA 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?	
moderada	8	

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?
1	1	NO

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 fuma en su presencia?
NO	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

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)?	
7	NO	

3.6 MORBILIDAD REPORTADA

2. ¿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 impactarse 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 15 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	NO	NO	NO	NO

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	
NO	NO	NO	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?	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)?
Trabajo		9

PESO	89	TALLA	1.53	IMC	38.40	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 deseo libre y voluntariamente 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 e 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 [illegible] sesiones, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. — X

Martha Yaneth Diaz		Oscar Ivan Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO: MARTHA YANETH 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
INDERYAGUARÁ	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FDHFR.054
		Fecha: 19/07/2023

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 (YAME PADE FACEBOOK O WHATSAPP):			

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	1075794423	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	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	kjohanafc31@gmail.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:	Edwin Dusan	TELÉFONO CELULAR	3167305891	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Pentanacos	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	5
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I		
			3						1										

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted usó 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. usó 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 dedica diariamente 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 es actividad física practica en el tiempo libre?	---

3.3. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

6. ¿Cómo considera que 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 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: cigarrillo, puros o pipa?	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

5. 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. ¿Se le dijo que le ha aparecido alguna condición médica que se puede empacerse con la actividad física?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

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 excesivo, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.4. MORBILIDAD REPORTADA

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 considera su estado de salud en [illegible]?	Excelente

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 mencionada 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 soy participar bajo mi responsabilidad, asegurando las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, así mismo eximo de toda responsabilidad de acudientes 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 fortalecer 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 realización de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas.	X	

Kelly Fierro C.		Oscar Ivan Trujillo Ocampo			
NOMBRE COMPLETO	Kelly Fierro	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1075794423	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-094
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/01/2026	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 (NAME PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

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:	Mirco Montenegro	TELÉFONO CELULAR	3506788854	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 RIEVS	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							

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?	—	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, ¿cuanto 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

5. ¿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?	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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

6. 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. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azucar 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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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. Vista 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 tres veces por semana durante el 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	30	TALLA	1.30	IMC	17.85	CLASIFICACIÓN	delgada	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 deseo 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. — 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 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 en [illegible] planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. — X

Gabriela Montenegro Vargas	[illegible]	Oscar Ivan Trujillo Ocampo

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
	FORMATO: FICHA DE INSCRIP REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FO-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	1.082.215.329		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 (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	ramina quesada ramirez	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	9/01/2004
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	— 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:	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	6
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

6. ¿A que intensidad realizó la actividad física?

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

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

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?

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?

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?
10. Diría que su estado de salud se
11. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios más o tres veces por semana durante al menos 60 minutos?

3.3. 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, menciona ¿cuál otra actividad física practica en tu tiempo libre?

3.8. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillo, 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?

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

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?

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

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	1.30	IMC	23.67	CLASIFICACIÓN	normal	PERÍMETRO DE CINTURA	60	CLASIFICACIÓN	normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesta que ha sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales decidió participar libre y voluntariamente 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, 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. — ✓

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 memoria para promover a nivel interno las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, internas 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 Ocampo	
NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1082217387	NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.329

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 8
	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	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 (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

1. DATOS DEL USUARIO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Camilo Rico Perdomo	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	15/08/96
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1080296598	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	Trabajo	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	Pentoreo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEYS	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							

2. ACTIVIDAD FÍSICA

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 el menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?		3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo (Hrs. 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 fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	

2.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

6. ¿A que intensidad realizó la actividad física?	moderado	7. ¿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?	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 había alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

2.3. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

2.4. MORBILIDAD REPORTADA

8. 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

2.5. MORBILIDAD REPORTADA

2.6. 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. Fisicamente ¿cómo se siente?	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 el menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	73	TALLA	1.64	IMC	24.14	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	75	CLASIFICACIÓN	normal

3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales me hacen libre y voluntariamente participar bajo mi responsabilidad, asegurando 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 será de conocimiento para promover y difundir las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, los 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 Ocampo
NOMBRE COMPLETO: Camilo Rico	NOMBRE COMPLETO:	NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO: 1080296598	NÚMERO DE DOCUMENTO:	NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.082.215.326

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5
INDERHUILA	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FO-FR-004
		Fecha: 13/07/2023

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 (SI TIENE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Shiloh Cordoba	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	10/06/2010
TIPO DE DOCUMENTO	T.I	NÚMERO DE DOCUMENTO	1077833558	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	—o—	CORREO ELECTRÓNICO	—o—	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	Peritoneo	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	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

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

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?		1. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

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?		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?	

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

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 asistencia de grupos comunitarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

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	27.14	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 Arturo Ibáñez los riesgos asociados son 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 [illegible]portivo, el cual servirá como evidencia para promover o fortalecer 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 Gomez			Oscar Ivan Trujillo Ocampo		
NOMBRE COMPLETO	Erica Gomez	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1077833558	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: 10/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	13/03/2026	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 (FAME PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

1

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Erica Gomes	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	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	3212324987	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 HEVE	22		

2

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

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 el 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?		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

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 usted consumió "porciones" de fruta diariamente?	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, o antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, pipas 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

5. 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 (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. ¿Le han informado que tiene alguna condición médica que pueda repercutir 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		

3.7. 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 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 se 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	1.71	IMC	25.31	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	91	CLASIFICACIÓN	normal							

4

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 no 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 deportero, 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 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	

5

Erika Gomez			Oscar Ivan Trujillo Ocampo		
NOMBRE COMPLETO	Erika Gomez	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	55171817	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

INDERHUILA	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Versión: 6 CÓDIGO: FO-FR-054 Fecha: 16/07/2020

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	1.082.215.338		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 (FANPAGE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

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	— 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)	— o —			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Patricia anchale	TELÉFONO CELULAR	3172800783	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 HIVE	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

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 (H, M, m) usted 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?		4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?		5. 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

7. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?		1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico 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 un 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. Dirá que se siente 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 40 minutos?		2. Si su respuesta fue OTRA, nuevamente ¿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 40 minutos, a pesar de (barrera mencionada 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 cardiocoronarios, 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 la entidad y contratistas precedentes, 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 FILMICO 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 Araya		Oscar Ivan Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO: Katerin anaya	NOMBRE COMPLETO:	NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO: 1075796008	NÚMERO DE DOCUMENTO:	NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.082.215.338

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5
INDERHUILA	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FD-FR-004
		Fecha: 18/03/2025

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	1.083.215.328	NOMBRE DEL GRUPO	BETANIA TIT			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):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	estefany yolieth arcaya	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	21/05/02		
TIPO DE DOCUMENTO	T.I	NÚMERO DE DOCUMENTO	1003451180	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	3177800783	MEDIOS DE COMUNICACIÓN: LOCALICE 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	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

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted usaba 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** | **** CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SIM.** | **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 acostado 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: cigarrillo, pipeta 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?			

3.5. 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 (hipertensión arterial)?		2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glicemia o azúcar en la sangre es alto?		3. En relación a los informes 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?			

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

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los días 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. Otra 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 o tres veces por semana durante al menos 50 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. — 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 fortalecer 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

esteFany Yolieth a.

Oscar Ivan Trujillo Ocampo

NOMBRE COMPLETO	esteFany arcaya	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1003451180	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.083.215.328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5
Huila Para Todos	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	BETANIA RT			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Patricia Escalante 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	3153597356		
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:	Nestor Rojas	TELÉFONO CELULAR	3115640208	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	3
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?
NO		

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. En su respuesta anterior fue OTRA, menciona ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?
SI	3	60'	asistir al grupo A.F	

3.3. ACTIVIDAD FÍSICA 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 comió "porciones" de fruta consumió en el día?	2. ¿Durante los últimos 7 días comió "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	1	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillo, puros o pipas?	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿alguien cuando usted fumó en su presencia?
NO	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

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)?	2. ¿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?
NO	NO	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

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, ¿Cual enfermedad o condición de salud presenta?	10. Dirías que su estado de salud es
NO	NO		Bueno

3.4. MORBILIDAD REPORTADA

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?
NO	NO	NO

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos consultorios tres a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	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 consultorios de actividad física una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (nombre manifestado en pregunta anterior)?
ninguna		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 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 referidos 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 PÚBLICO 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 ejecución 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 Suarez	
NÚMERO DE DOCUMENTO	55165939	
NOMBRE COMPLETO		
NÚMERO DE DOCUMENTO		
NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO	
NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328	

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5
INDERHUILA	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCION Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FO-PR-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 (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Oliva Ramirez cordoba	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	29/06/87
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	3106400103
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 LOCAL ER 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	4
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 asistió 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 (Hr. min) destinaba 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, ¿cuanto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?		4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	usual 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 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 frutas consumió en el día?	1	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	1

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

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

5. 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 enoja si le 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 azucar 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

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. Dirías 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

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

PESO	76	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 soy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, así mismo en mi calidad de asistente 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, exima 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 mencionadas 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 fortalecer las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de los necesarios 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

Cg Oliva Cordoba		
NOMBRE COMPLETO	Oliva Ramirez cordoba	NOMBRE COMPLETO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1082214516	NÚMERO DE DOCUMENTO

NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

INDERHUILA	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Versión: 6 CÓDIGO: FO-FR-054 Fecha: 15/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/01/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	VAGUARÁ	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 FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Adimeyla 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	Trabajo	NIVEL EDUCATIVO	Profesional	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1			TELÉFONO CELULAR	3154307778
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	hola@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 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	3
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?	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?	—

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

6. ¿A que 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

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillo, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante sueños de estos días había alguien en su casa que fuera en su presencia?	No

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

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

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. ¿He 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

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 o una a dos 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 dos veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	x3	TALLA	1.64	IMC	27.14	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	81	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 los 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

Adimeyla Collazos		Oscar Ivan Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO	Adimeyla Collazos Tamayo	NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1082215357	NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.082.215.326
	NOMBRE COMPLETO	
	NÚMERO DE DOCUMENTO	

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
INDERHUILA	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CODIGO: FO-FR-054
		Fecha: 19/07/2023

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	Edna Rocio Fierro Gongora.	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	1082216824	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	— 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:	Luz Dany G.	TELÉFONO CELULAR	3187091032	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Peritoneo	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	

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	5. 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, especifique ¿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?	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?	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: cigarrillo, 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				

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO | **3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL** | **3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

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 de actividad física una o 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	1.68	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: del riesgo en mi calidad de asistente 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. **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, acordes 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**

Edna Rocio Fierro G.

NOMBRE COMPLETO	Edna Rocio Fierro G.	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1082216824	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-864
		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	1.082.245.328		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 (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Maria Diviana Alarcon	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino		ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	26/01/83		
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	36.317784	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia		NACIONALIDAD	Colombiana				
DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICIÓN	ninguno	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	Bonoleo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	SI	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVI	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?	SI	2. ¿Cuántos días a la semana?	3	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. usaba diariamente en bicicleta o caminaba 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?	asistir al grupo AF	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.3. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

6. ¿A que 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?	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: cigarrillo, 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

3.6. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

5. 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 un nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?	NO	3. ¿Su medico 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. ¿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

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, menciones ¿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	53.8	TALLA	1.55	IMC	26.19	CLASIFICACIÓN	SobrePeso	PERÍMETRO DE CINTURA	76	CLASIFICACIÓN	normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado sobre de los 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, exime 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 encargados del Ministerio del Deporta y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover y divulgar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, atendiendo los 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 los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. — X

Maria Diviana A.		Oscar Ivan Trujillo Ocampo

NOMBRE COMPLETO	Maria Diviana A.	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	36.312.948	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.245.328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCION Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO FD-F-R-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
NUMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 082 215 328		NOMBRE DEL GRUPO	BETANIA FIT		TIPO DE GRUPO	REGULAR	CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE		ESCENARIO	PARQUE		URL GRUPO AF (NAME PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Valentina Pinzon Saavedra	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	18/03/05		
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NUMERO 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:	Natalia Saavedra	TELÉFONO CELULAR	3156453518	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	3
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I		

3.6. 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 camino 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, ¿cuanto 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** | **3.8. 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?	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						

3.8. 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 azucar en la sangre es alto?	NO	3. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que, esté empeorando 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 azucar 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 severa, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO						

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

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, ¿Cual enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. En 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 ¿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 o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera mencionada en pregunta anterior)?	10						

PESO	73	TALLA	1.64	IMC	27.1	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 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, exonero 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 mismos 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 fortalecer las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual acordes 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 ejecución 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
NUMERO DE DOCUMENTO	1075287078	NUMERO DE DOCUMENTO		NUMERO 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: FO-FR-054
			Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/09/2023	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 (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Ana María Cabal G.	SEXO DE NACIMIENTO	Hembra	IDENTIDAD DE GÉNERO	Mujer	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	21/11/91
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	1.[illegible]	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	Básica Secundaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	3125673918		
TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 3 #5-17	ZONA	Urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	San Vicente	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Cel	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	—	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Carlos Jiménez	TELÉFONO CELULAR	3125673918	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Ninguno	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	3
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 usará su bicicleta o caminará 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. usará diariamente su bicicleta o caminará 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?	Caminar	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en su tiempo libre?	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA 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 cuantas "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: cigarrillo, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de esos días habo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

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 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 tiene 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 [illegible] 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, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

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. Dirá que su estado de salud es	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es [illegible] para convencer a una persona que desconfía 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 fue?	—	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	34.1	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 inherentes con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiorrespiratorio, riesgo de contagio para COVID-19, entre otras. Por lo anterior, ximo al Ministerio del Deporte, al este 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 este 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 FILMICO FOTOGRÁFICO. Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del este deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material deportivo, 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 tendencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. — X

NOMBRE COMPLETO	Ana María Cabal G.	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO	1.[illegible]	NUMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

DEPORTE	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Versión: 8 CÓDIGO: FO-FR-064 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):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Lina Rocio Rivas	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	19/01/2000
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1082217248	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	3155745409		
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 7 # 7-30	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:	Blanca Rivas	TELÉFONO CELULAR	3103116112	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Radio	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	3
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	
												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?	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?	
NO		0		NO

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 dedica 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, menciona ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?
SI	3	60'	Ciclismo el 6.9% F	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

6. ¿A que intensidad realizó la actividad física?	**3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO** 1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	
Moderada	2	

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de frutas 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?
0	2	NO

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 días estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?
NO	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

5. 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 o otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	
7	NO	

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

2. ¿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. ¿Le 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?
NO	NO	NO	NO	NO

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 se	
NO	NO		—		Excelente	

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera y motivo que identifica para realizar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una o 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)?
Pereza	—	10

PESO	68	TALLA	1.70	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 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 filmico 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, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las recordaciones, informes y espectadores de las comunidad respecto al desarrollo a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencias de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. — X

Lina Rocio Rivas				Oscar Iván Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Lina Rocio Rivas	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1082217248	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: 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	1 082 215 326	NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ RUMER			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 Dusan	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 EAPS/EPS	Nueva EPS			
SITUACIÓN LABORAL	Trabajer	NIVEL EDUCATIVO	Técnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3172784715			
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 3 # 4-75			ZONA	Urbana			
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Timiciol	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 Dusan	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	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?	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?	3	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en su 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

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

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

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

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

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. Dirías 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)?	10

PESO	CC	TALLA	1.65	IMC	24.2	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	78	CLASIFICACIÓN	Riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de los entrenamientos 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 asistente 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/o a/as 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 necesarias. Inversos 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	Paula Dusan	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1004225394	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 326

indeportes	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Versión: 5 CÓDIGO: FD-FR-051 Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/09/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.682.215.326		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 (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Luz Margoreth Tovar			SEXO DE NACIMIENTO	Mujer		IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino			ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual		FECHA DE NACIMIENTO	02/3/89					
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	Labores del hogar			NIVEL EDUCATIVO	Técnico		ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR			3229272295						
TELÉFONO FIJO	— o —			CORREO ELECTRÓNICO	— o —		DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Carrera 8 # 6-81			ZONA			Urbana						
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Occidental			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	3133978543		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	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		
												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 el menos 10 minutos seguidos?	2. ¿Cuántos días a la semana?	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo total montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?
NO	0	NO

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?
SI	3	60	Otro del Grupo A.F	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

6. ¿A que intensidad realiza la actividad física?	7. ¿Cuántos días a la semana consume frutas?	8. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	9. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	10. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	11. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como cigarrillos, puros o pipas?	12. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días bebe alguna vez en su casa que fumó en su presencia?
Moderada	2	1	0	NO	NO	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

13. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	14. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	15. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene nivel de glicemia o azúcar en la sangre en alto?	16. ¿Su médico le ha indicado que tiene alguna condición médica que puede empeorarse con la actividad física?
7	NO	NO	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

17. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	18. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	19. ¿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	NO	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

20. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	21. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	22. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	23. Diría que su estado de salud es
NO	NO	—	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

24. ¿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?	25. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?	26. 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)?
Ninguno	—	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 centros de recreación libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, cumpliendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, así mismo en mi calidad de asistente 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 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. — 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 preparar o llevar 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. — Y

Luz Margoreth Tovar	JTO	Oscar Ivan Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO: Luz Margoreth Tovar	NOMBRE COMPLETO:	NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO: 1082214822	NÚMERO DE DOCUMENTO:	NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.682.215.326

indeportes	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Versión: 6 CÓDIGO: FD-FR-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	1.082.215.328		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 (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

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	1082211185	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	Ciudadela Sanpedro	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:	Margarita Tovar	TELÉFONO CELULAR	3229078295	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Radio	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		

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted acostumbró ir 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 Usted 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?	caminar el caso A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

6. ¿A que intensidad realizó la actividad física?	moderada	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 esta lista para consumir y antes de probarla?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

5. 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

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

2. ¿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

3.6. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillo, 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

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

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	72	TALLA	1.65	IBC		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 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 y fortalecer las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de las memorias, informes y expedientes 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

Adriana Manchola		Oscar Ivan Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO: aDriana Manchola	NOMBRE COMPLETO:	NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO: 1032-211185	NÚMERO DE DOCUMENTO:	NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.082.215.328

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

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	YAGUARÁ RUNER			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	MALECON	ESCENARIO	PLACA DEPORTIVA			URL GRUPO AF (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Leonela 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	1135024245	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 6379
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 5 # 13-48			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	320800 6379
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Jhon Jairo	TELÉFONO CELULAR	3208006379	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	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	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?		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 dedica 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?	

3.3. ACTIVIDAD FÍSICA 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?	

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

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 o secreción nasal fuerte, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, 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 una enfermedad o condición de salud?		9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?		10. Cite que es el pesado de estudios		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 el mismo 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 el mismo 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	

PESO	63	TALLA	1.66	IMC		CLASIFICACIÓN		PERÍMETRO DE CINTURA	63	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado/a acerca de los beneficios para la promoción de actividad física de las clases 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, acepto el 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 FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual será usado como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de los necesarios. 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

Leonela Collazos		Oscar Ivan Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO: Leonela Collazos	NOMBRE COMPLETO:	NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO: 1135024245	NÚMERO DE DOCUMENTO:	NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.082.215.328

INDERYUMBO	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Versión: 5 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 (FANS PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

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	1082215362	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	Urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Ciudadela	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— — —	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMARA A:	Antonio Ocampo	TELÉFONO CELULAR	3169304020	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	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	8
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?
NO	0	NO

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?
SI	3	60	existe el grupo AF	—

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 toma 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?
moderada	2	1	2	NO	NO	NO	7

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

1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, otro enfermero 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?
NO	NO	NO	NO	NO	NO

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?	8. 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 para no el que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comentarios 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 comentarios de actividad física una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera mencionada en pregunta anterior)?
NO	NO	—	Bueno	Ninguna	—	10

PESO	64	TALLA	1.67	IMC	22.9	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, ingreso al Municipio 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, a través de 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

Jessica Ocampo		Oscar Ivan Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO: Jessica Ocampo	NOMBRE COMPLETO:	NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO: 1082215362	NÚMERO DE DOCUMENTO:	NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.082.215.328

Indeportes Huila	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 8
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS		CÓDIGO: FD-FR-004
			Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/07/2025	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 RUNNER		TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	MALECON		ESCENARIO	PLAZA DEPORTIVA		URL GRUPO AF (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Elizabeth Cifuentes	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	3174729866		
TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—	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	Periódico	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	3
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?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. En esos días, ¿cuánto tiempo (de todo el día) montó 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 dedica 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

6. ¿A qué 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?	

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

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

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

7. 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?	

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

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, congestión, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	

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	

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una o 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 o tres veces por semana durante al menos 50 minutos, a pesar de [barrera manifestada en pregunta anterior]?	

	PESO	55	TALLA	165	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 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, dolores 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 FILMICO 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 e informes 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 Tovar			Oscar Ivan Trujillo Ocampo		
NOMBRE COMPLETO	Norma Ocampo Tovar	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	9	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

Indeportes	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Versión: 6 CÓDIGO: FD-FR-054 Fecha: 16/02/2023

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 (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

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	Tali Huila						
SITUACIÓN LABORAL	Trabajo		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 Mercados		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	3204115021		MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Antena	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		
												1							

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿cuánto 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 caminó en promedio al día?	—	4. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuánto montó en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	5. ¿Cuántos días a la semana?	—	6. En esos días, ¿cuánto tiempo montó 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?	Ciclismo	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	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

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 cuantas "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 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	40	TALLA	1.25	IMC	21.8	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	70	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado/a 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 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 empleados 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, atendido 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	1.082.215.328

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

FECHA DE INSCRIPCIÓN	13/03/2026	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	CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	MALECON		ESCENARIO	PLACA DEPORTIVA		URL GRUPO AF (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Laura Valentina Osorio	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	04/07/11
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	Estudia	NIVEL EDUCATIVO	Secundaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	— o —		
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— — —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 6 # 7-95	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 Arbeláez	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	3185118081		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Lenis Osorio	TELÉFONO CELULAR	3185118081	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 HEYS	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	3
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 usentó 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, anotarla ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	

3.2 ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

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, aun cuando ésta ya esté consumar 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. 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 (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

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 o 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 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/a acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales deseamos 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 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 prácticas, presentaciones institucionales y material audiovisual, alineado a los 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 en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. — X

Laura Osorio		Oscar Iván Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO: Laura Osorio	NOMBRE COMPLETO:	NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO: TI 1130 024 144	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-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	1.082.215.536	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):					

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 EXPS/EPS	Nueva EPS		
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Tecnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2		TELÉFONO CELULAR	3209357491			
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 5B# 12-51		ZONA	Urbana			
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Avicola	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:	Rosa Fernanda	TELÉFONO CELULAR	3209357491	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		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	3
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 acostumbró ir bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante el 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 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?	2	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de frutas 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, ¿durmió 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 alla?	NO	5. ¿Está tomando medicamentos para controlar 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, ulceras, 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. Otra que es 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 el mes + 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 el mismo 60 minutos, a pesar de [barrera manifestada en pregunta anterior]?	10

	PESO	54	TALLA	1.61	IMC	21.1	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 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 cardiorespiratorios, 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 altas entidades y servidores 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 dentro las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, informes 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
NUMERO DE DOCUMENTO	1082216801	NUMERO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.536

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FD-FR-054
		Fecha: 19/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.338	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	Samantha Sanchez	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GENERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	09/03/13		
TIPO DE DOCUMENTO	T.I	NUMERO DE DOCUMENTO	1032216177	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana				
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiada	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS		
SITUACIÓN LABORAL	Estudiar	NIVEL EDUCATIVO	Secundaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	—				
TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRONICO	—	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 7491				
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Yina Jovel	TELÉFONO CELULAR	3209755491	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Periódico	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	25		

0 a 4 años			5 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?

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

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?	

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, sin ver esta fiste para consumir y antes de probarla?		1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillo, puros o pipas?		2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos días estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?			

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

3.6. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

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 (e 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?	

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	

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

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?		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?	

	PESO	35	TALLA	1.22	IMC	24.4	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	60	CLASIFICACIÓN	Normal

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]?

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado/a 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 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 divulgar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, atendiendo 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 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
NUMERO DE DOCUMENTO: 1032216800	NUMERO DE DOCUMENTO:	NUMERO DE DOCUMENTO: 1.082.215.338

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

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/03/2026	DEPARTAMENTO	PUTUMAYO	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 (FANI PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Ana Rocio Villegas	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	22/05/99
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1082217132	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	Cen Pm 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	Periodico	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 59años			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	2						

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted usualmente se 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?
NO	0	NO

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?
SI	3	60	Estar en el Cgo A.F	—

3.3. 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?
2.

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

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

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?
NO	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

7. 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 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 medica 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?
NO	NO	NO	NO	NO	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos (2) 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:
NO	NO	—	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 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 es usted de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física una a tres veces por semana durante el menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?
Ninguna	—	10

PESO	65	TALLA	155	IMC	23.1	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 promover y realizar las publicaciones, presentaciones institucionales y material 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

				Oscar Ivan Trujillo Ocampo	
NOMBRE COMPLETO	Ana Villegas	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1082217132	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.326

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

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/01/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO 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	LAL ECON		ESCENARIO	PLACA DEPORTIVA		URL GRUPO AF (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Diana Isabel Parra	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenina	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	13/10/92
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	Aral Salud
SITUACIÓN LABORAL	Trabajar	NIVEL EDUCATIVO	Técnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	3186991093		
TELÉFONO FIJO	—	CORREO EL ECTRÓNICO	—	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:	Mario Trujillo	TELÉFONO CELULAR	3112937748	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	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		

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?
NO	0	NO

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?
SI	3	60	Caminar y Trotar	—

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

6. ¿A que intensidad realizó la actividad física?	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o necesitado directamente?
Moderada	2

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?
1	2	NO

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 cuantos de esos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?
NO	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

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)?
7	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

2. ¿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 exceso de azúcar en la sangre?	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	NO	NO	NO	NO

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. Cómo que su estado de salud es:
NO	NO	—	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?	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 tener manifestado en pregunta anterior)?	
Ninguna	—	10	

PESO	70	TALLA	1,67	IMC	25,1	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 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 cardiorrespiratorios, 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, acordes de las necesidades, intereses y expectativas de los comunidades respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la ejecución de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. — X

Diana Parra		Oscar Iván Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO: Diana Parra	NOMBRE COMPLETO:	NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO: 1032215626	NUMERO DE DOCUMENTO:	NUMERO DE DOCUMENTO: 1.082.215.326

Inderhuila	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Versión: 8 CÓDIGO: FDHFR-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 (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):					

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Manu Fernanda Tovar	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino			ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	16/03/11						
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	1084927961	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		3149223301							
TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 6 # 6 - 05			ZONA		Urbana							
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	La 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	3204115091	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		25					

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	3
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 invirtió 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 ese día, ¿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 al día dedicaba a realizar esa actividad física en su tiempo libre?	60	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	Gimnasio al aire libre A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.3. 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?	2	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	1

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

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: cigarrillo, 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

3.6. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

3. En los últimos 7 días, ¿cuántas noches durmió en promedio en la noche?	7	4. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

5. ¿Algunas veces le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?	NO	6. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que puede empeorarse con la actividad física?	NO

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

6. ¿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

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

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 de sesiones de grupos comunitarios una o 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 mencionada en pregunta anterior)?	10

	PESO	66	TALLA	165	IMC	23.8	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 tal manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, del 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 FILMICO 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	

Manu Fernanda Tovar			Oscar Ivan Trujillo Ocampo		
NOMBRE COMPLETO	Manu Fernanda Tovar	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1084927961	NUMERO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.326

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FD-FR-056
		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	1.082.218.328		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 (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Mariana Ruiz Tovar	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	20/01/10
TIPO DE DOCUMENTO	TI	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	Estudia	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:	Maria Tovar	TELÉFONO CELULAR	3144223501	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	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	3
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?		2. ¿Cuántos días a la semana?		2. ¿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 destinó 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 pasaba tiempo 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, purosos 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?	

3.5. 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 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, vómitos, 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 para usted que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupo comunitarias de una hora a tres veces por semana durante (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 mencionada 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 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 fortalecer 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

Maria Fernanda Tovar		Oscar Ivan Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO: Maria Fernanda Tovar	NOMBRE COMPLETO:	NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO: 1034976071	NÚMERO DE DOCUMENTO:	NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.082.218.328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FD-FR-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	1.082.215.328		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 (NAME PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Jhoan Sebastian Polo		SEXO DE NACIMIENTO	Hombre		IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino			ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual		FECHA DE NACIMIENTO	02/12/05			
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	— o —		CORREO ELECTRÓNICO	— o —		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)	— o —			TELÉFONO DEL ACUDIENTE		— o —					
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Mamá del Carmen		TELÉFONO CELULAR	3124436580		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		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 asentó 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?	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** | **3.8. 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 acostumbra "porciones" de fruta consumirlo 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 toma 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?	NO	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 o algún 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. ¿He 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 mencionada en pregunta anterior)?	10				

	PESO	1.69	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 los centros de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, del mismo no mi calidad de asistente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiorrespiratorios, riesgo d... obtener 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 a diversas las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, los 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	Jhoan Polo	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO	1082216337	NUMERO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

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

FECHA DE INSCRIPCIÓN	13/03/2024	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 (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Cristian Camilo Trujillo	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino		ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	13/09/09		
TIPO DE DOCUMENTO	T I	NÚMERO DE DOCUMENTO	1130024199	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia		NACIONALIDAD	Colombiana				
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Mestizo	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	Cabecera	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Casa	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	Belgua Tiro		TELÉFONO DEL ACUDIENTE	3143429178				
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Belgua Tiro	TELÉFONO CELULAR	3143429178	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	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 reunió 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. usó habitualmente 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 dedica 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, menciona ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	

3.3. ACTIVIDAD FÍSICA 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, cruda vez esta lista para consumir y / o... de beber?		4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?		6. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días fuiste alguien en su casa que fumó en su presencia?	

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

3. En los últimos 7 días, ¿cuanto 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, cansancio/fatiga, dolor de cabeza constante, 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		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 experto y 10 es muy experto, ¿qué tan experto 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)?	

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

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 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 FILMICO 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 presentar o hacer 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 Iván Trujillo Ocampo

NOMBRE COMPLETO	Cristian Camilo Trujillo	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
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FO-FR-054
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/01/2026	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	PLAZA DEPORTIVA	URL GRUPO AF (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):					

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Magnolia Omaira 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	1136020064	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	Ama de Hogar	NIVEL EDUCATIVO	Técnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	312 411 4491		
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Carrera 12 # 7 - 49	ZONA	Urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Cabecera	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:	Johan Carvajal	TELÉFONO CELULAR	312 411 4491	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 HEVO	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	3
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 cuenta un 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. usaría diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	
NO	0		NO	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	2. ¿En tres 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, menciona ¿cual otra actividad física practica en el tiempo libre?	
SI	3		60		Caminar AF		—	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA 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 frutas 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, ana vez está lista para consumir y antes de probarla?	
1		1		NO	

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillo, 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?	
NO		NO	

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

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)?		2. ¿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 pueda empeorarse con la actividad física?		4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial Alta?		5. ¿Está tomando medicamentos para los 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, cansancio/fatiga, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	
NO		NO		NO		NO		NO		NO		NO	

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. Dirá que su estado de salud es		11. ¿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?		12. Si su respuesta fue OTRA, menciona ¿cual otra barrera?		13. 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]?	
NO		NO		—		Bueno		Ninguna		—		10	

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

PESO	60	TALLA	166	IMC	21.7	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	60	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de los beneficios 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 cardiorrespiratorios, riesgo de contagio por la 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

Magnolia Mendez		Oscar Ivan Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO: Magnolia Mendez	NOMBRE COMPLETO:	NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO: 1136020064	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-FN-054
		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	YAGUARÁ RUNER			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	MALECÓN	ESCENARIO	PLACA DEPORTIVA			URL GRUPO AF (FANI PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Jovan Cardozo Polcan	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino		ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	20/1/94								
TIPO DE DOCUMENTO	CC	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 EMPRESA	Nueva EPS								
SITUACIÓN LABORAL	Trabajar	NIVEL EDUCATIVO	Técnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2				TELÉFONO CELULAR	3124114491								
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— c —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Centro 12 # 7-99				ZONA	Urbana								
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Cabecera	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	— a —				TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— a —								
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Reynaldo Mendez	TELÉFONO CELULAR	3124114491	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Periférico	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	3
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?	—	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?	Caminata 0.9% 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

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 viendo televisión?	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.

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

3. ¿Usted le pone sal a la comida, antes o en el momento de consumirla?	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

8. En los últimos 7 días, ¿cuántas horas dormió 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 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

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	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 50 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 50 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	90	TALLA	1.74	IMC	29.7	CLASIFICACIÓN	Normal	PERIMETRO 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 los mismos. — 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. — 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 a través de 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. — Y

NOMBRE COMPLETO		OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	7729826	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: 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
NUMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.329		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 (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Edward Conejo	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 EMPRESA	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	Urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Ciudadela	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	Yaqueline Giraldo	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	3124114491		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Magnolia Mendez	TELÉFONO CELULAR	3124114491	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	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	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?		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

6. ¿A que intensidad realizó la actividad física?		7. ¿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 añade 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: cigarrillo, puros o pipas?		2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durmió cuántos de estos días bien en su casa que fuera en su promedio?		3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?		1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, otro enfermero o 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 glicemia o azúcar en la sangre es alto?	

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

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

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 el principal barrera personal que le impide para practicar actividad física en sesiones de ejercicios o comentarios una a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?		2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?		2. En una escala de 1 a 10 en donde 1 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)?			

4 AÑOS	PESO	25	TALLA	115	IMC	16.5	CLASIFICACIÓN	Normal	PERIMETRO DE CINTURA	25	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la prevención de posibles lesiones de las rutas de mantenimiento y voluntario 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 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 soporte 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 incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. — X

Magnolia Mendez			Oscar Ivan Trujillo Ocampo		
NOMBRE COMPLETO	magnolia mendez	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO	1082217341	NUMERO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.329

	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	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 RUNNER			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	MALECON	ESCENARIO	PLACA DEPORTIVA			URL GRUPO AF (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Alejandra Aguirre	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	07/10/98
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	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	Técnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	302 348 6142
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Carrera 2 # 11-15			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:	Diana Bastidas	TELÉFONO CELULAR	3023456142	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	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		
				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	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?	ajustes 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?	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: cigarrillo, 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**

8. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, otro enfermero u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o le pasan altos 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, chanes, pérdida del gusto y del olfato?	NO						

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

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los días 6 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 o 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 el mes a 60 minutos, a pesar de [barrera manifestada en pregunta anterior]?	10						

PESO	70	TALLA	168	IMC	24.8	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, asegurando 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 canales 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 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

Alejandra Aguirre		Oscar Iván Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO: Alejandra Aguirre	NOMBRE COMPLETO:	NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO: 1032217022	NÚMERO DE DOCUMENTO:	NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.082.215.328

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 8
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCION Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FO-FR-054
		Fecha: 16/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	12/07/2026	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 (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Laura Bastidas Aguirre	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	25/04/017
TIPO DE DOCUMENTO	TI	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	—		
TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 6 # 11-15	ZONA	Urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Cuadilla	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser 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	Parlante	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HVS	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	3
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I		
													F						

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. ¿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

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 cuantas "porciones" de verduras consumió en el día?		3. ¿Usted le [illegible] a la comida, una [illegible] por comunmente y entre [illegible] p obsequ?	

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

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?							

3.5. 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 o algún 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 algún medicamento para controlar [illegible] arterial alta?	

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

5. ¿Está tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?		6. ¿He 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		11. ¿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?	

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

12. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?		13. 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 [illegible] manifestado 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 acerca de las actividades 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 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 FILMICO 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 fortalecer 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

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: 6
	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 RUNNER		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):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Ashly Brigit Saavedra	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	28/05/2011
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	Trabajar	NIVEL EDUCATIVO	Técnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3187463938
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 3 # 15 -29			ZONA	Urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Villa Loura	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (si es menor de edad)	— o —			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Ashly Trujillo	TELÉFONO CELULAR	3187463938	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	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 invirtió 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?	Apoyo 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** | **3.6. 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 o la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillo, 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 | **3.8. MORBILIDAD REPORTADA**

5. 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. ¿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 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						

3.8. 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 en actividad física 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]?	10						
	PESO	70	TALLA	1.60	IMC	27.3	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	75	CLASIFICACIÓN	Riesgo							

CONSENTIMIENTO INFORMADO: enterado 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, exime 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	Ashly Brigit Saavedra	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1193128718	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

Valle del Huila	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Versión: 8 CÓDIGO: FD-FR-064 Fecha: 16/01/2023

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	1.082.216.338	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):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Magnolia Cerquera	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino		ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	23/08/85	
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	1082219105	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	Profesional	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2		TELÉFONO CELULAR	3153109438			
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 Arroyo	TELÉFONO CELULAR	3125125202	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Periódico	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	3
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 (At. 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 dedica diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	Gimnasio 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** | **3.8. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

6. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	Moderada	7. ¿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 l[illegible]ones 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 le ha siguen en su casa que fumó en su presencia?	NO				

3.8. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO | **3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

5. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera o otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	NO	2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico o 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. Otra que su estado de salud es	Excelente	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupo comunitarios tres o cinco 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	77	TALLA	1.65	IMC	28.3	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	93	CLASIFICACIÓN	Riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado/a acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los estilos de vida saludable y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, siguiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física; del 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 será 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 [illegible] calidad de vida, bienestar y salud de las personas. X

Magnolia Cerquera		Oscar Ivan Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO: Magnolia Cerquera	NOMBRE COMPLETO:	NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO: 1082219105	NÚMERO DE DOCUMENTO:	NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.082.216.338

	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	12/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.002.215.326		NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARÁ RUNNER		TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	MALECON		ESCENARIO	PLACA DEPORTIVA		URL GRUPO AF (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	Isabel Cuartas	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	16/08/93
TIPO DE DOCUMENTO	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	1032446240	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana		
DISCAPACIDAD	Ninguna	COMISIÓN	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	— - —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 4 # 5-40	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 Conjuro	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	313 376 9438		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Magnolia Conjuro	TELÉFONO CELULAR	3133769438	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 HVS	2J

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												

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA DOMICILIARIA O 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?	

3.3. ACTIVIDAD FÍSICA 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?		1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

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: cigarrillo, puros o pipas?		2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días tuvo algún en su casa que tenía en su posesión?	

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

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 o 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 control de 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

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		11. ¿Cuál es la principal barrera personal que le impide practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios una o tres veces por semana durante al menos 60 minutos?		12. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?		13. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada segura y 10 es muy segura, ¿qué tan segura 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)?	

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

PESO	55	TALLA	1.65	IMC	20.2	CLASIFICACIÓN	Normal	PERÍMETRO DE CINTURA	60	CLASIFICACIÓN	Normal		

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado/a 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 asistente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones o enfermedades, dengue, enfermedades respiratorias, 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, acepto 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 sus 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	Magnolia Conjuro	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1082211165	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.002.215.326

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 8
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FD-FR-054
		Fecha: 19/07/2023

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	YAGUARÁ RUNER		TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	MALECÓN		ESCENARIO	PLACA DEPORTIVA		URL GRUPO AF (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Mone Isabel Sanchez	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	05/06/10
TIPO DE DOCUMENTO	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	1076909051	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	Estudia	NIVEL EDUCATIVO	Secundaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	— — —		
TELÉFONO FIJO	— — —	CORREO ELECTRÓNICO	— — —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 7 # 6 - 24	ZONA	Urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Sagrado	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Celular	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	Ana Jovel	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	3209759307		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Ana Jovel	TELÉFONO CELULAR	3209759307	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	25

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	3
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?		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 (hipertensión arterial)?		2. ¿Alguna vez le han dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?.		3. ¿Es 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 exceso de azúcar 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 constantes, 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 es respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?		10. Dirá que su estado de salud es		1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios 1 a 3 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	20.2	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 cardiorrespiratorios, 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 será usado como evidencia para promover y 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 el aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y la incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física para mejorar la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. X

Ana Jovel		Oscar Ivan Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO: Ana Jovel	NOMBRE COMPLETO:	NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO: 25306170	NÚMERO DE DOCUMENTO:	NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.082.215.338

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
Indeportes Huila	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 (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP)			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Stefany Mendiola	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	28/02/02
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	1006340316	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	—	CORREO ELECTRÓNICO	—	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle SN # 5-62			ZONA	Urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Campoalegre	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:	Milena Tovar	TELÉFONO CELULAR	313 7315797	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	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?	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?	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?	Ajust al Cuerpo 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

6. ¿A que 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 verduras consumió en el día?	2	3. ¿Usted consume alguna de las siguientes bebidas para consumir y cuál es su preferida?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillo, 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

3.3. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

3.4. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

3.5. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

8. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, otra 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, confusividad, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	NO

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. Dirá que su estado de salud es	Regular	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física 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 es 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	55	TALLA	1.61	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 me 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

NOMBRE COMPLETO	Stefany Mendiola	NOMBRE COMPLETO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1006340316	NÚMERO DE DOCUMENTO

NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.326

indeportes	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Versión: 8 CÓDIGO: FO-FR-054 Fecha: 15/07/2023

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 RUNNER			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	MALECON	ESCENARIO	PLACA DEPORTIVA			URL GRUPO AF (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Margarita Zuñiga	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	17/12/91
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	1082211325	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana		
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Mayor	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Trabajo	NIVEL EDUCATIVO	Tecnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	3103405750		
TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 8 # 6-58	ZONA	Urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Los Cobos Calle	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	Call	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	—	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Diego Mejia	TELÉFONO CELULAR	3133516732	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	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		
												1							

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

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

3.6. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO | **3.6. MORBILIDAD REPORTADA**

8. En los últimos 7 días, ¿cuántas horas 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. ¿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 los 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?	2	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 con a tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	Falta de 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 o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	36	TALLA	1.66	IMC	26.1	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 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 _____. Acuerdo 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 mencionadas 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 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	Margarita Zuñiga	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1082211325	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: FO-FR-054
			Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	13/07/2026	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 (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:	Luis Fernando hoyos	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	02/01/1979		
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	1.083.218.810	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana				
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Mestizo	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Contributivo	NOMBRE DE LA EAPS/EPS	Asmet EPS		
SITUACIÓN LABORAL	Trabaja	NIVEL EDUCATIVO	Universitario	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	316 2453402				
TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	—	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Calle 5 # 6-76	ZONA	Urbana				
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	La Magdalena	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:	Daniela Cortés	TELÉFONO CELULAR	316 743 3167	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	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 usualmente se trasladó a 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. usualmente se trasladó a 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?	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?	Caminata Ciclismo Futbol	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					3.8. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO			
6. ¿A que intensidad realiza la actividad física?	Moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuanto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2	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	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillos, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante algunos de estos días tuvo alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO					3.6. MORBILIDAD REPORTADA									3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES			
3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo duerme 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, enfermera 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	Muy bueno	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 barreras manifestada en pregunta anterior)?	10

PESO	70	TALLA	1.58	IMC	27.2	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; del mismo en mi calidad de asistente 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, exime 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 promo[illegible]r 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 [illegible] de vida, bienestar y salud de las personas. | X

Luis Fernando Hoyos | 316 | Oscar Iván Trujillo Ocampo

NOMBRE COMPLETO	Luis Fernando Hoyos	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1083218810	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
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCION Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FO.FR-054
		Fecha: 19/07/2023

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):			

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	Trabajo	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 tormenta	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:	Alba Castrillon	TELÉFONO CELULAR	3138167340	MEDIO DE COMUNICACIÓN LOCAL DE LOS QUE TIENE ACCESO	Periodico	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

3.1. DATOS DEMOGRÁFICOS

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		

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿cuál medio usó la 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. ¿En cuantos 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 que intensidad realizó la actividad física?	moderado	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	7	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, pipas o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuantos 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

5. En los últimos 7 días, ¿cuanto 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 glicemia o azúcar en la sangre es alto?	NO	3. ¿Su médico le ha enfermedad que tiene algunas condición habitos que pue ls empeorenes con la [illegible]idad física?	NO	4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azucar 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 o nariz, 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, ¿Cual enfermedad o condición de salud presenta?		[illegible] estado de [illegible]	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?	trabajo	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál otra barrera?		3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada seguro y 10 es muy seguro, ¿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	68	TALLA	1.66	IMC	26.56	CLASIFICACION	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	74	CLASIFICACION	normal							

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las actividades para la promoción de actividad física de las cuales se me invita libre y voluntariamente 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 los mismos. X

AUTORIZACION 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 que me complementarían X

AUTORIZACION DE MATERIAL FILMICO Y/O FOTOGRAFICO: Autorizo a tomar registro filmico y/o fotografico 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, inquietudes 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

Karla Lucia Gomez			Oscar Ivan Trujillo Ocampo		
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
					PROMOTOR

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

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/05/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÀ	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	
DIRECCION, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL		ESCENARIO	PARQUE		URL GRUPO AF (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP).			

1. DATOS DEL USUARIO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Nelly Tavera Manchola	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GENERO	Femenino		ORIENTACION SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	08/04/63	
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NUMERO DE DOCUMENTO	26.606.678	PAIS 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				TELEFONO CELULAR	3132153790	
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRONICO	nellytaxi@gmail.com	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	cll 1 # 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)	—				TELEFONO DEL ACUDIENTE	—	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Hana Fernanda	TELEFONO CELULAR	3172533652	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	4
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?	—

3.2 ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuantos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuanto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60'	4. ¿Cual es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al grupo A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, inventarie ¿cual otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.2 ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

6. ¿A que intensidad sentió la actividad física?	Moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuanto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	4

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 verdura consumió en el día?	1	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez esta lista para consumirla 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

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

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 o 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 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 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

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, ¿Cual enfermedad o condición de salud presenta?	—	*0. Dirá que su estado de salud se	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cual es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en tiempos de grupos comunitarios voy a ir tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguno	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. ¿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 mencionada en pregunta anterior)?	10

PESO	75	TALLA	1.69	IMC	26.70	CLASIFICACION	Sobrepeso	PERIMETRO DE CINTURA	84	CLASIFICACION	Mesyo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de los estrategias para la promocion de actividad física de las cuales deseamos hacer y voluntariamente voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa en 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 musculoesqueleticas, 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, cotejar 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 FILMICO 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, boletines de, los mismos, interesados y especialmente de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la difusión de información en el país y las estrategias, 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
NUMERO DE DOCUMENTO: 26.606.678	NUMERO DE DOCUMENTO:	NUMERO DE DOCUMENTO: 1.082.215.328
		PROFESIONAL

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FD-FR-054
		Fecha: 15/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	14/03/2026	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 (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):					

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Julia Amanta 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	26.607.917	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	Trabaja	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 Pinzon	TELÉFONO CELULAR	3153122310	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Pentoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA NEVS	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		

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted usanto un 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, ¿cuanto tiempo (de) mento diariamente se 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. ¿Cuantos 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?	

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?	4	1. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "porciones" de fruta consumió en el día?	0	2. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "porciones" de verdura 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 cualquier 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 las últimas 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, otro enfermero u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	NO	2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico o otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?	NO	3. ¿Su medico le ha dicho que tiene alguna condición medica que puesa 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 azucar alta en la sangre?	NO	6. ¿He 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 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 o 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 bajo 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	30.02	CLASIFICACIÓN	obesidad 1	PERÍMETRO DE CINTURA	96	CLASIFICACIÓN	riesgo							

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales decido participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, así mismo en mi calidad de asistente 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 club deportivo y 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, entorno 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 fortalecer 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 aparte, 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 Amanta Quintero			César Juan Trujillo Asesor		
NOMBRE COMPLETO	Julia Amanta Quintero	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	26.607.917	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
INDERYARO	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCION Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FDH-F-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	1 692 315 329		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 @ANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP:		

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Leidy Yuruma	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	1082 215890	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 HEYS	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		

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted recorrió 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. mentio 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?	visita 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

6. ¿A que intensidad realiza la actividad física?	moderado	7. ¿Durante los últimos 7 días cuanto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

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

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

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

3.3. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

5. 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 medico 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 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

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

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 es su estado de salud hoy?	Bueno

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en escenarios 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)?	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 los cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, asegurando 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 y ejecutar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las actividades, 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, formación y salud de las personas. — X

- Leidy Yanid Y.		Oscar Ivan Trujillo Ocampo			
NOMBRE COMPLETO	Leidy yuruma	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1082215890	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1 692 315 329

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

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/5/2023	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.295.388		NOMBRE DEL GRUPO	YAGUARA 07		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	Norma Constanza Ocampo	SEXO DE NACIMIENTO	Hembra	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	08/06/73									
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	26.607.268	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia			NACIONALIDAD	Colombiana									
DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICIÓN	ninguno	GRUPO ETNICO	ninguno	TIPO DE AFILIACION A SALUD		Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS								
SITUACIÓN LABORAL	Tareas del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Primaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3174728866									
TELEFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	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	TELEFONO CELULAR	3176716738	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Periodico	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			NUMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	4
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 prestó 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. monta diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?
NO	2	NO

3.2 ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

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

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

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?
1	1	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

4. ¿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 tuvo alguien en su casa que fumó en su presencia?
NO	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

8. 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)?	2. ¿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 azucar alta en la sangre?	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, perdida del gusto y del olfato?
NO	NO	NO	NO	NO	NO

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 es estado de salud es
NO	NO	—	BUENO

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios, más o 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 [illegible] manifestado en pregunta anterior)?
ninguna	—	10

PESO	76	TALLA	1.62	IMC	28.72	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	92	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 musculares, 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, entrego 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 fortalecer 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 creación de nuevos planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. X

NOMBRE COMPLETO	NORMA CONSTANZA O.T	NOMBRE COMPLETO	
NUMERO DE DOCUMENTO	Norma Ocampo 26607268	NUMERO DE DOCUMENTO	

NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO	1.082.315 [illegible]

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Version: 6
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCION Y REGISTRO DE USUARIOS		CODIGO: FD-FR-054
		Fecha: 19/07/2023

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 (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Geronimo Coronado rojas	SEXO DE NACIMIENTO	Nojer	IDENTIDAD DE GENERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	10/01/08
TIPO DE DOCUMENTO	T.I	NÚMERO DE DOCUMENTO	1130024145	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				TELEFONO CELULAR	3209631327
TELÉFONO FIJO	— o —	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 ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	Yuridin Chantre			TELEFONO DEL ACUDIENTE	3214595087
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Yuridin Chantre	TELÉFONO CELULAR	3214595087	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	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 (en minutos) 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 dedica 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

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 cuantas "porciones" de frutas 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 esta lista para consumir y antes de probarla?		1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillo, puros o pipa?		2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuantos de estos días fumó en su casa alguien que fumó en su presencia?			

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO | **3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL** | **3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

8. ¿En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?		1. ¿Algún vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?		2. ¿Algún 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. ¿Se ha dado cuenta que le ha disminuido que tiene alguna condición médica que pueda limitarse 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 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?			

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. ¿Cómo diría que es su estado de salud en		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?		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	67	TALLA	1.58	IMC	26.84	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 he 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 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 FILMICO Y/O FOTOGRAFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los encuentros del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover y realizar las publicaciones, presentaciones institucionales y material institucional, 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

Geronimo Coronado		Oscar Ivan Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO: Geronimo Coronado	NOMBRE COMPLETO:	NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO: 1130024145	NÚMERO DE DOCUMENTO:	NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.082.215.328

PROCESO:	FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5
FORMATO:	FICHA DE INSCRIPCION Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FD-FR-004
		Fecha: 19/07/2019

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 AFILIADO PAGE FACEBOOK O WHATSAPP:			

| | | | | | | | | | | |

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCION 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
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 (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Natalia Ramirez	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GENERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	01/06/94		
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NUMERO DE DOCUMENTO	26.607.600	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	colombiana				
DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICIÓN	ninguno	GRUPO ETNICO	ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidio	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Ecoopsos		
SITUACIÓN LABORAL	Labores del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Tecnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1	TELÉFONO CELULAR	3143793195				
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRONICO	— 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 Cabanzo	TELÉFONO CELULAR	3172116752	MEDIOS DE COMUNICACION LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Periodico	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HVS	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	4
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?	—	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?	gimnasio y algo de futbol	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 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**

7. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8	1. ¿Alguna vez le ha dicho un medico u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	NO	2. ¿Alguna vez le ha dicho un medico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?	NO	3. ¿Se medico le ha informado que tiene alguna condición 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, 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 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, ¿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 mencionada 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 acerca de las actividades para la prestación 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 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 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, valores 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

Natalia Ramirez			Oscar Ivan Trujillo Ocampo		
NOMBRE COMPLETO	Natalia Ramirez	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO	26.607.600	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: 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
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 (PANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

DATOS DEL USUARIO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Lina Paola Trujillo Hernandez	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	20/04/94
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NUMERO DE DOCUMENTO	26.607.535	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana		
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	Mipatricheo 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 VIRTUALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Peritoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HDVS	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	3
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	

3. CUESTIONARIO DE ACTIVIDAD FÍSICA

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted acostumbra en bicicleta o caminando 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. mismo diariamente en bicicleta o caminando 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?	1	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?	—

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

6. ¿A que intensidad realizó la actividad física?	moderado	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	6 h	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: cigarrillo, pipa 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

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

5. En los últimos 7 días, ¿cuanto tiempo durmió en promedio en la noche?	6	1. ¿Alguna vez le ha dicho un medico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	Si	2. ¿Alguna vez le ha dicho un medico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azucar 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. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presion arterial alta?	NO	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azucar 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

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

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, ¿Cual enfermedad o condición de salud presenta?		10. Percibe 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)?	7

PESO	59	TALLA	1.52	IMC	25.54	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERIMETRO 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: caídas, esguinces, contusiones, 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 citados 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 incrementar las participaciones, 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

Lina Paola Tr.

Oscar Ivan Trujillo Ocampo

NOMBRE COMPLETO	Lina Hernandez	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	26.607.535	NUMERO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 8 Código: HD-PR-054 Fecha: 18/07/2023
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCION Y REGISTRO DE USUARIOS	

FECHA DE INSCRIPCIÓN	19/03/2025	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	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):			

I. INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Celora Trujillo	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino		ORIENTACION SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	19/06/56	
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	36150005	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia		NACIONALIDAD	Colombiana			
DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICIÓN	ninguno	GRUPO ETNICO	ninguno	TIPO DE AFILIACION A SALUD	Subsidio	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Ecoopsos		
SITUACIÓN LABORAL	Trabaja	NIVEL EDUCATIVO	bachiller	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2		TELÉFONO CELULAR	3103870160			
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCION DE DOMICILIO	dl 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	Periodico	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	9
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 movió 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, ¿cuanto tiempo (de) montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	15'	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividades físicas 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 que intensidad realiza la actividad física?	moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	150'	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	5. ¿Usted le adiciona sal a la comida, esta vez esta fue 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 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?	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. Dirá 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 tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna	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 o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera mencionada en pregunta anterior)?	10

PESO	69	TALLA	1.70	IMC	23.8	CLASIFICACION	normal	PERÍMETRO DE CINTURA	86	CLASIFICACIÓN	riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de los estilos activos para la promoción de actividad física de los cuales deseo participar bajo mi responsabilidad, siguiendo 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, el área deportiva 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 este 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 FILMICO Y/O FOTOGRAFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del este 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 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

Celora Trujillo		Oscar Ivan Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO: Celora Trujillo	NOMBRE COMPLETO:	NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO: 36150005	NUMERO DE DOCUMENTO:	NUMERO DE DOCUMENTO: 1 082 215 338

	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	1/03/2025	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 (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	maria Elena ocampo toro	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	Trabaja	NIVEL EDUCATIVO	bachiller	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3229514333			
TELÉFONO FIJO	—	CORREO ELECTRÓNICO	mariaocampo77@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	Pentaneo	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	2
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 usualmente 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 (Lit. mento 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?	caminata al grupo A.T	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.3. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

8. ¿A que hora usualmente realizó la actividad física?	mañana	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	2	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 enciende o le da candela, una vez sale de fumar o 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

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

9. 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 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?	Si	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 Cómo que es 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	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 deseo participar libre y voluntariamente y a participar bajo mi responsabilidad, asegurando las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, así mismo en mi estado de apoderado de _____. Asumo todos los riesgos expuestos 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 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 evidencias para promover y 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	

Maria Elena Ocampo					
NOMBRE COMPLETO	maria ocampo toro	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	76.606.991	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	11/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.715.339	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	Maria camila nuñez 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	Trabajas	NIVEL EDUCATIVO	Profesional	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	3208279962		
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	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	Periodicos	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	4
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?	—	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 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 en 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 sacostado 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 esta lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillo, 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

3.6. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO | **3.8. MORBILIDAD REPORTADA**

3. En las últimas 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	7	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera o otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	NO	2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico o 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 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 azucar 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

3.8. 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 o tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	ninguna	2. Si en respuesta fue OTRA, menciónre ¿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 [illegible] presentarse en pequeña cantidad?	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 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 recolecte, 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 divulgar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades inherentes 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

MCRC.			Oscar Ivan Trujillo Ocampo		
NOMBRE COMPLETO	Maria Nuñez Camacho	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1082715133	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.715.339

Ley Huila	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	Versión: 6 CÓDIGO: FO-FR-05a 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	1.082.215.329		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:			

1. DATOS DEL USUARIO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Maria alejandra gaitan	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	19/01/92
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 9 #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:	Elena Monje	TELÉFONO CELULAR	3217875810	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Pentoneo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	21

2. CARACTERIZACIÓN

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	3

3. HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE

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 efectivamente 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?	Gimnasio 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 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	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillo, 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			

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

3. En los últimos 7 días, ¿cuanto 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 (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 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 azucar 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, ¿Cual enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Dirta que es estado de salud es	Excelente	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)?	10			

3.8. MEDICIÓN ANTROPOMÉTRICA

PESO	50	TALLA	1.61	IMC	19.29	CLASIFICACIÓN	normal	PERÍMETRO DE CINTURA	70	CLASIFICACIÓN	normal

4. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los ciclos de manera libre y voluntaria soy 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 FILMICO 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 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	Maria alejandra G.	NOMBRE COMPLETO	
NÚMERO DE DOCUMENTO	1082215824	NÚMERO DE DOCUMENTO	
		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.329

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCION Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FD-FR-054
		Fecha: 16/01/2023

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 (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Jimena mena barreto	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	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	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ÉTNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidio	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Sanitas
SITUACIÓN LABORAL	Ama del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Profesional	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3134010574
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 6 #3-28 Sur			ZONA	urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Vereda Llanadas	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:	Guillermo Vega	TELÉFONO CELULAR	3102687680	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	4
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?	2. ¿Cuántos días a la semana?	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo (de) usted 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?	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?
Si	3	60"	asistencia grupo AF	—

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

8. ¿A qué intensidad realizó la actividad física?	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?
moderado	3

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 esta lista para consumir y antes de probarla?
1	1	No

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillo, puros o pipas?	5. ¿Usted consume actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillo, puros o pipas?	1. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuantos de estos días habo alguien en su casa que fumo en su presencia?
No	No	No

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

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)?
7	No

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

2. ¿Alguna vez le ha dicho un medico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azucar 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 azucar alta en la sangre?	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, perdida del gusto y del olfato?
No	No	No	No	No

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

7. ¿Tuvo dia prácticas POSITIVO para COVID-19 en los dos ultimos meses?	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	10. Dina que su estado de salud es
No	No	excelente	

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?	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)?
ninguna		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 deseo libre y voluntariamente participar según 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, acepto 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 de 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 mostrarán de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. X

NOMBRE COMPLETO	Jimena mena barreto	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
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FD-FR-054
		Fecha: 15/07/2025

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/09/2025	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.692.215.320		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	Claudia Jimena Tovar	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	15/05/70
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	70.607.193	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	Técnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR		3168773440	
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	jimenatovar@hotmail.com	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 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)	—	TELÉFONO DEL ACUDIENTE		—	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Lizeth Rocha	TELÉFONO CELULAR	3187422817	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	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

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted acostumbró ir 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. acostumbró caminar en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?	20"	1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividades físicas 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?	Aeróbicos
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?	3H	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?	Si	4. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillo, puros o pipas?	NO	5. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuantos de estos días habitualmente duerme en su casa que fluma en su presencia?	0		
3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO				**3.6. MORBILIDAD REPORTADA**													
8. 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 (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. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azucar 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		
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?	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 o 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	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, asegurando 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 musculares, 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, 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, difundir las publicaciones, presentaciones organizacionales y material audiovisual, ordenes de, los necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la creación 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 Iván Trujillo Ocampo		
NOMBRE COMPLETO	Claudia Jimena Tovar	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	70.607.193	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.692.215.320

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FI-FR-004
		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	CORLIMA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL		ESCENARIO	PARQUE		URL GRUPO AF (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Dayana Alejandra Acuña	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	21/03/02
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	trabajo	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		
CORLIMA, 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	3008464072	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Periodico	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	4
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, ¿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?	Si	2. ¿Cuántos días a la semana?	2	3. En esos días, ¿cuanto 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 no respondió anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA 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?	8

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "porciones" de fruta consumió en el día?	7	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?	1

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillo, 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

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

5. 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 es 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 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

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si se respondió 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 grupo por comunitarios tres o tres veces por semana durante al menos 60 minutos?	+tiempo	2. Si en 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 grupo 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	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, exono al Ministerio del Deporte, a este 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, la 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, 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 — 06 — 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

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCION Y REGISTRO DE USUARIOS	CODIGO: FDFR-054
		Fecha: 19/07/2021

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 (FANPAGE 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	18/01/54
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)	— o —			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— o —
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Gina Paola Trujillo	TELÉFONO CELULAR	3124775730	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Periódico?	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	NO	DESDE QUÈ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	2020

0 a 5 años			6 a 12 años			13 a 17 años			18 a 26 años			27 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?	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?	asistencia 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?	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, bonor 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**

6. 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. Ella 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 [illegible] (en la pregunta anterior)?	10		

PESO	68	TALLA	1,44	IMC	37,44	CLASIFICACIÓN	obesidad 1	PERÍMETRO DE CINTURA	99	CLASIFICACIÓN	riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado/a acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria me intereso participar bajo mi responsabilidad, asumiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, así mismo es mi responsabilidad de accidente 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 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 c[illegible]des y contratistas a recolectar, utilizar y tratar mis informaciones, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. X

AUTORIZACION 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 insumo para promover y fortalecer 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	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO	26.606.398	NUMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 328

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

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	1 083 215 328		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	Omaira montaña	SEXO DE NACIMIENTO	Hembra	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	24/07/83
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1082214077	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana		
DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICIÓN	ninguno	GRUPO ETNICO	ninguno	TIPO DE AFILIACION 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	Periódico	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	4
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 usaría su 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. usó 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?	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?	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**

8. ¿A qué intensidad realiza la actividad física?	Moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuanto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	60"	1. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "porciones" de fruta consumió en el día?	5	2. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "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 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**

9. 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 o presenta antecedentes (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 prescrito que tiene alguna condición 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 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				

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

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, ¿Cual enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Dina que su estado de salud es	Buena	1. ¿Cual 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 mencionada en pregunta anterior)?	10				

PESO	50	TALLA	1.44	IMC	24.09	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 deseo hacer libre y voluntariamente uso y 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, otorgo 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 FILMICO 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, piezas/Mensajes 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	Omaira montaña	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO	1082214077	NUMERO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO	1 083 215 328
					PROFESIONAL

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 8
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FD-FR-054
		Fecha: 19/07/2023

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	1 082 715 326	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 AFIANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):					

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Belquis Fierro Cortes	SEXO DE NACIMIENTO	Hoya	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	Oficios del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Secundaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	3148429178		
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	belquisfierro.bf16@hotmail.com	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	cll 5B #6a-12	ZONA	urbana		
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	Francisco Gomez Cantoro	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 Yolani Fierro	TELÉFONO CELULAR	3134031463	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	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				
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	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?	2. ¿Cuántos días a la semana?	3. ¿En esos días, ¿cuanto tiempo Ud. usó 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, ¿cuanto tiempo dedica 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 ¿cual otra actividad física practica en el tiempo libre?
NO	3	1HO	Si	5	60'	asistir al grupo A.F	—

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 cuantas "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: cigarrillo, 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?
moderada	3	2	1	NO	NO	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

3. En los últimos 7 días, ¿cuántas horas 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 comprometerse con la actividad física?	4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azucar alta en la sangre?	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, pérdida del gusto y del olfato?	7. ¿Turno 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. ¿Cómo usted califica su estado de salud en general?
7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Controlada sobre	Controlada tos	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?	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, ¿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)?
ninguna		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 seré participe y voluntariamente voy a participar bajo mi responsabilidad, siguiendo 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, acepto 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 FILMICO 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 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	

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: 1 082 715 326

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 4
FOMENTO	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FD-FR-054
		Fecha: 19/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	19/07/2023	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 (FANPAGE 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	03/02/97
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	76.607.477	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana		
DISCAPACIDAD	ninguno	CONDICIÓN	ninguno	GRUPO ÉTNICO	ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Famel Salud
SITUACIÓN LABORAL	Empleada	NIVEL EDUCATIVO	Primaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1	TELÉFONO CELULAR	3203457978		
TELÉFONO FIJO	—— o ——	CORREO ELECTRÓNICO	Perdomoluisa227@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	3209757487	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	4
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 viajó 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, ¿cuanto 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 que intensidad realiza la actividad física?	moderada	1. ¿Durante los últimos 7 días cuanto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3	1. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "porciones" de fruta consumió en el día?	3	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, pipas 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?	4	1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, enfermera u otro profesional de la salud que tiene prediabetes, glicemia alta (o hiperglicemia) o diabetes?	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 medica que pueda empeorarse con la actividad física?	NO	4. ¿Está 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, perdida del gusto y del olfato?	NO

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

7. ¿Tuvo diagnostico 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 de 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 manifestada en pregunta anterior))?	10

PESO	65	TALLA	1.58	IMC	61.4	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	72	CLASIFICACIÓN	Normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Estudiante que ha sido informado acerca de los beneficios 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, 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 FILMICO 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, referido 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 recordación de 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	76.607.477	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 5
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCION Y REGISTRO DE USUARIOS		CÓDIGO: FD-FR-054
			Fecha: 18/02/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	14/03/2023	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO		
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.080.315.328	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	Mariela 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	51977764	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:	Excludes Marlealegre	TELÉFONO CELULAR	3134882618	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	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?
NO	0	—

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 dedica 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?
Si	3	60"	asistencia al grupo A.F	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

4. ¿A qué intensidad realiza la actividad física?	5. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?
moderada	4

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

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 esta lista para consumir y antes de probarla?
1	1	NO

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

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 fumo en su presencia?
NO	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	4. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, otra enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	5. ¿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?	6. ¿Un médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?
7	NO	NO	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

6. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	7. ¿Está tomando medicamentos para controlar la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	8. ¿He 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?
SI	SI	SI

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

9. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	10. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	11. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	12. Dirías que su estado de salud es:
NO	NO	—	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?	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)?
ninguna	—	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 del 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. 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 el 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 incidencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. X

Mariela Vanegas.

NOMBRE COMPLETO	Mariela Vanegas S.
NÚMERO DE DOCUMENTO	51977764

NOMBRE COMPLETO	
NÚMERO DE DOCUMENTO	

NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1.080.315.328

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL

FORMATO: FICHA DE INSCRIPCION Y REGISTRO DE USUARIOS

Versión: 8 | 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	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	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	TELEFONO CELULAR	3133314821		
TELEFONO FIJO	—— o ——	CORREO ELECTRONICO	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)		TELEFONO DEL ACUDIENTE			
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Lina Maria Alvarado C.	TELEFONO CELULAR	3215537405	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Periodico	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			
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 acostumbró 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. gastó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?
NO	0	A?

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?
Si	5	60'	Gimnasio	—

3.2 ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

a. ¿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?
4

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 esta lista para consumirla y antes de probarla?
2	1	NO

3.5 HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Actualmente usted consume algún producto de tabaco, como: cigarrillo, 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?
NO	NO

3.5 HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

9. En los últimos 7 días, ¿cuanto tiempo durmió en promedio en la noche?	11. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (hipertensión arterial)?	12. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que usa nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?
6	NO	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

13. ¿Su médico le ha informado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	14. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	15. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azúcar alta en la sangre?	16. ¿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	NO	NO	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

17. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	18. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	19. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	20. Use la escala de 1 a 10 para describir su estado de salud actual.
NO	NO	—	excelente

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

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 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 dos veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?
ninguna	—	10

PESO	62	TALLA	1.68	IMC	34.6	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 deseo participar libre y voluntariamente y 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, 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 el 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 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, los hábitos y salud de las personas. — X

Sandra Alvarado C.		Oscar Ivan Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO: Sandra Milena Alvarado C.	NOMBRE COMPLETO:	NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO: 1082214300	NUMERO DE DOCUMENTO:	NUMERO 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	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 (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Daniela Ystres García.	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	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	ninguno	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	yustresdaniela 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)	— — —			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— — —
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Argeny Arroyo	TELÉFONO CELULAR	3209145034	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Pantoreo	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	3
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 usó la 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. usó la 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?	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?
Si	5	60'	asiste al grupo A.F	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA 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

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 esta lista para consumir y antes de probarla?
1	2	NO

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 fuera en su presencia?
NO	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

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)?	2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que es 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?
NO	NO	NO	NO	NO	NO

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. Dirías que su estado de salud es
NO	NO	—	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?	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)?
ninguna	—	10

PESO	56	TALLA	1.53	IMC	23.92	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 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 evaluación de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. — X

Daniela Ystres García		Oscar Ivan Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO: Daniela Ystres García	NOMBRE COMPLETO:	PROFESIONAL NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO: 1082217163	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-FR-054
		Fecha: 16/03/2023

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	Maria Eugenia Pava L.	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GENERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	12/09/66
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	TELEFONO CELULAR	3192853737	MEDIOS DE COMUNICACION LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Pentoneo	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	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 directamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?
NO	0	—

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?
SI	3	60"	asistir al grupo A F	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

5. ¿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 SM.

1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "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, sea una vez esta lista para consumir y antes de probarla?
2	2	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillo, 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?
NO	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	4. ¿Alguna vez le han dicho un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que tiene presión arterial alta (o hipertensión arterial)?	5. ¿Actualmente toma medicamentos para la presión arterial?
7	NO	NO

3.6 MORBILIDAD REPORTADA

2. ¿Alguna vez le han dicho un médico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?	3. ¿Es usted o 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?
NO	NO	NO	NO	NO

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, ¿Cual enfermedad o condición de salud presenta?	10. ¿Cómo es su estado de salud es
NO	NO	—	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?	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)?
ninguna	—	10

PESO	72	TALLA	1.60	IMC	28	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERIMETRO DE CINTURA	94	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 practica 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 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 y fortalecer las publicaciones, presentaciones administrativas y misional, adicionalmente, además de, las necesidades internas y expositivas 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 ocupación de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas	X	

• Maria Eugenia Pava	16	Oscar Ivan Trujillo Ocampo			
NOMBRE COMPLETO	Mara. Eugenia Pava	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5
INDERHUILA	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FD-FR-05d
		Fecha: 16/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/07/2026	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 (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

DATOS DEL PARTICIPANTE

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Lina Marcela Ramirez 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 BARRIES	Comfamiliar
SITUACIÓN LABORAL	Estudiante	NIVEL EDUCATIVO	Universitario	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1			TELÉFONO CELULAR	3138160244
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	linatramires@gmail.com	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	cll 3 #5-23			ZONA	Urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	La merced	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 lozano	TELÉFONO CELULAR	3138160744	MEDIO DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Pentono	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
N	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 (M. mento diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?
NO	0	NO

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 (p)ecipal actividad física que practica en tiempo libre?	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál es la actividad física practica en el tiempo libre?
SI	3	60"	asistir al grupo AF	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA 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 GAL

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?
2	1

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

3. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo duró 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)?	2. ¿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. ¿He 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	NO	NO	NO	NO	NO

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 en el valor fue SI, ¿Cuál enfermedad o condición de salud presenta?	10. Cómo que es su estado de salud es
NO	NO		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 el menos 60 minutos?	2. Si su respuesta fue OTRA, mencione ¿cuál es la barrera?	3. En una escala de 0 a 10 en donde 0 es nada cómodo y 10 es muy cómodo, ¿qué tan cómodo 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)?
ninguna		10

PESO	59.3	TALLA		IMC	27.14	CLASIFICACIÓN IMC	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, eximo al Instituto del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre las mismas. — X

AUTORIZACION 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 concordantes. — 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 fortalecer 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 existencia de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. — X

Lina Marcela Ramirez		Oscar Ivan Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO	Lina Ramirez	NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1076508138	NÚMERO DE DOCUMENTO: 1 082 215 328

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

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/09/2025	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 9T		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	Giselle Tatiana Rojas Mejia	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	10/07/90			
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	Trabajo	NIVEL EDUCATIVO	Profesional	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3153570604			
TELÉFONO FIJO	— 0 —	CORREO ELECTRÓNICO	— 0 —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	Cra 7 # 2-09			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:	Almo Rojas	TELÉFONO CELULAR	3153570604	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	22		

0 a 5 años		6 a 11 años			12 a 17 años			18 a 28 años			28 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 viene en bicicleta o camina 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. camina diariamente en bicicleta o camina 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 dedica diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60'	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistencia al gimnasio 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.- CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL				3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO					
4. ¿A que 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	1. ¿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 tuvo alguien en su casa que fumo en su presencia?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO		3.6. MORBILIDAD REPORTADA											
3. En las últimas 7 días, ¿cuánto tiempo duerme 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 medico le ha informado que tiene alguna condición 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 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, contenfrillo, dolor de cabeza constante, diarrea, perdida 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. Dirá 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 en una o 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	22.41	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 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 mis anotaciones y comentarios 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 cuales se del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover y fortalecer las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, informes de, las necesidades, intereses y expectativas de las comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la actualización 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
NÚMERO DE DOCUMENTO	1082214971	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

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

FECHA DE INSCRIPCIÓN	19/01/2024	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	YAGUARÁ 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):			

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Gisela Pertuz Albarracin	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 ETNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	contributivo	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Sanitas
SITUACIÓN LABORAL	Trabajo	NIVEL EDUCATIVO	Profesional	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3133537605
TELÉFONO FIJO	— o —	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	3133866057	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Pertuneo	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	2
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 uno día, ¿cuánto tiempo Ud. usando 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 uno día, ¿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?	—		

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

6. ¿A que intensidad realizó la actividad física?	moderada	1. ¿Durante las últimas 7 días cuanto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	1	1. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "porciones" de fruta consumió en el día?	2	2. ¿Durante las últimas 7 días cuántas "porciones" de verduras consumió en el día?	2	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, ¿no ve esta Ud para consumir y antes de probarla?	NO	4. ¿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. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

3.8. MORBILIDAD REPORTADA

5. 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 o otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azucar en la sangre es alto?	NO	3. ¿Se medico la 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, perdida del gusto y del olfato?	NO				

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

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	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 ¿cual otra barrera?	—	3. En una escala de 1 a 10 en donde 1 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 (Retome marcación en pregunta anterior)?	10				

	PESO	75	TALLA		IMC	28.19	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 por 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, 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 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

NOMBRE COMPLETO	Gisela Pertuz	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	26.607.675	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 5
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCION Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FD-FR-054
		Fecha: 16/01/2023

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 (FANPAGE 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	Sal. 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	2
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	I	H	M	I	H	M	I	

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	NO	2. ¿Cuantos 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** | **3.9. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO**

8. ¿A que 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 está lista para consumirla y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillo, 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 diagnostico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	NO	9. Si la respuesta anterior fue SI, ¿Cual enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Dirías que su estado de salud es	excelente	1. ¿Cual 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 cerca y 10 es muy cerca, ¿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	1.57	IMC	29.24	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	60	CLASIFICACIÓN	normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesta que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, así mismo en mi calidad de acudiente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como lesiones osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, libero 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 usar, recabar, consultar 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 FILMICO Y/O FOTOGRAFICO: 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
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCION Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FD-PR-054
		Fecha: 19/02/2020

FECHA DE INSCRIPCIÓN	14/03/2025	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 [illegible]	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):	[illegible]				

1. IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL PARTICIPANTE

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Mercy Miled Yustres	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	10/10/67		
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	76.607.907	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana				
DISCAPACIDAD	ninguna	CONDICIÓN	ninguna	GRUPO ETNICO	ninguna	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Sanitas		
SITUACIÓN LABORAL	Labores del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Profesional	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	3115329993				
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	mercymiled@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 Javier	TELÉFONO CELULAR	3115386520	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Periodicos	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						

2. 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 directamente 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, ¿cuanto tiempo dedicó directamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60'	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	asistir al gym A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—		

3. ACTIVIDAD FÍSICA 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 cuanto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3	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: cigarrillo, 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, ¿cuanto 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 medica 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 azucar 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. Dirá 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 de actividad física 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 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 deseo 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 otros. Por lo anterior, libero al Ministerio del Deporte, a sus deportistas 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 sector deportivo, autorizo a las entidades y compañías 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 convenios del Ministerio del Deporte y del sector deportivo, el cual servirá como evidencia para promover el diseño de las publicaciones, investigaciones institucionales y misional institucional, 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.		[illegible]
NOMBRE COMPLETO	Mercy Yustres	NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	76 607 907	NÚMERO DE DOCUMENTO: 1 082 215 328

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

FECHA DE INSCRIPCIÓN	1/03/2026	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	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	cll 3 #6 - 10			ZONA	cabana		
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:	Jacono Hernandez	TELÉFONO CELULAR	3112761761	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Antenoo	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			60 años o más			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?	NO	2. ¿Cuántos días a la semana?	—	3. En esos días, ¿cuanto tiempo UD. montó 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?	Si	2. ¿Cuantos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuanto tiempo dedica diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60'	4. ¿Cual 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?	moderado	1. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	6	1. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "porciones" de fruta consumía 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: cigarrillo, puros o pipas?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuántos de estos días fumó alguien en las casas que frecuenta en su presencia?	NO				

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

7. En los últimos 7 días, ¿cuántas horas 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. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azucar 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 salud es	excelente	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?	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, ¿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	80	TALLA	1.70	IMC	27.68	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 deseo hacer uso y voluntariamente voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, así mismo es mi calidad de asistente de _____. Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como: accidentes osteomusculares, riesgos cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19 entre otros. Por lo anterior, exonero al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y todos 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 escenarios del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover y resaltar 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 medición de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. — X

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	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1.082.215.338	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 (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

1. DATOS DEL USUARIO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Magnolia Alvarez Cuevas	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	7/07/84
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	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Ama de hogar	NIVEL EDUCATIVO	Tecnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1			TELÉFONO CELULAR	3144443917
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	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)	— — —			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— — —
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Rafael bautista	TELEFONO CELULAR	3164959448	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Pentoreo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

2. RANGOS DE EDADES

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	4
H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	

3. CUESTIONARIO

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 el menos 10 minutos seguidos?	10	2. ¿Cuántos días a la semana?	5	3. ¿En esos días, ¿cuanto tiempo Ud. nacido diariamente en bicicleta o camino para desplazarse de un lugar a otro?	NO	1. Durante los últimos ... ¿usted realizó actividad ... en su tiempo libre?	Si	2. ¿Cuantos días a la semana?	3	3. En esos días, ¿cuanto 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

3.8. 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. ¿D... los últimos 7 días cuántas "porciones" de ... 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, pipas o pipa?	NO	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿dentro de estos días hubo alguien en ese casa que fumó en su presencia?	NO					

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

9. 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. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azucar 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. Otra 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, ¿cuán tan capaz se siente de practicar actividad física en sesiones de grupos comunitarios de actividad física 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 me interesa participar y voluntariamente 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 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 invitar las poblaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, los resultados obtenidos 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 ejecución 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-054
		Fecha: 16/07/2025

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	1.002.215.328	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 (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):					

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Francia Helena Hernandez Arroyo	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	76.607.489	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	terapeu38@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 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 59 años			60 a 69 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	2
H	M	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I	H	M	I		
											0	1						

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿estuvo 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?	—	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 de 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?	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 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, ¿alguna o algunas 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**

8. En los últimos 7 días, ¿cuántas horas 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 ordenado 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, difícil 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 ha sido su estado de salud?	excelente	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)?	10				

	PESO	58	TALLA	1.54	IMC	24.6	CLASIFICACIÓN	normal	PERÍMETRO DE CINTURA	81	CLASIFICACIÓN	normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de las cuales decido participar voluntariamente y de forma libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, así mismo en 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 Municipio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, de cualquier responsabilidad sobre los mismos. ✓

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS: Confirma si la Política de tratamiento de datos personales del Municipio 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 que las modifiquen o complementen. ✓

AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FÍLMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los canales del Municipio del Deporte y del ente deportivo el cual servirá como evidencia para promover y difundir las publicaciones, presentaciones, actuaciones y resultados 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 diseño 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. ✓

Francia Elena Hernandez		Oscar Ivan Trujillo Ocampo
FIRMA DEL PARTICIPANTE		FIRMA DEL MONITOR O PROMOTOR
NOMBRE COMPLETO: Francia Elena Hernandez	NOMBRE COMPLETO:	NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO: 76606489	NUMERO DE DOCUMENTO:	NUMERO DE DOCUMENTO: 1.002.215.328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCION Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FD-FR-004
		Fecha: 16/01/2023

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 (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Maria fernanda leiva Tavera	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN 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:	Nelly Tavera	TELÉFONO CELULAR	3227533652	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Periodico	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				
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	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?
NO	0	0

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 dedica 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?
Si	3	60'	asistir al grupo AF	—

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. ¿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	1	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como: cigarrillo, 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?
NO	NO

3.6. ACTIVIDAD FÍSICA

6. ¿A qué intensidad realiza la actividad física?
moderado

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

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)?	2. ¿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 alta en la sangre?	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	NO	NO	NO	NO	NO

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 presentó?	10. Dina que su estado de salud es
NO	NO	—	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?	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)?
ninguna	—	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 centros de manejo activo y veteranos ... 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, acepto el Manual del Deportista, el ente deportivo y a sus contratistas, de cada uno 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 FILMICO 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 realización de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. — X

Maria fernanda leiva		Oscar Ivan Trujillo Ocampo			
NOMBRE COMPLETO	maria fernanda leiva	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1082217203	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328
					PROFESIONAL

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

FECHA DE INSCRIPCIÓN	11/09/2026	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 F.1			TIPO DE GRUPO	REGULAR	COMUNA, CORREGIMIENTO O LOCALIDAD	
DIRECCIÓN, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL	ESCENARIO	PARQUE			URL GRUPO AF JEANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP:			

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	3053484119	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Peatoneo	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 29 años			30 a 59 años			Mayores de 60 años			NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR
M	M	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?	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?
NO	0	NO	SI	3	60'	asistir al grupo A.F	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

6. ¿A qué intensidad realiza la actividad física?	7. ¿Durante los últimos 7 días cuánto tiempo pasó sentado o sentada diariamente?	1. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de fruta consumió en el día?	2. ¿Durante los últimos 7 días cuántas "porciones" de verdura consumió en el día?	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez esta lista para consumirla 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?
moderado	1	2	2	NO	NO	NO

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

3. En los últimos 7 días, ¿cuántas horas 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?
8	NO	NO	NO	NO	NO	NO

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. Diga 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, nos dirían ¿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 50 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?
NO	NO	—	Bueno	ninguna	—	10

PESO	67	TALLA	1.55	IMC	2630	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso	PERÍMETRO DE CINTURA	82	CLASIFICACIÓN	Riesgo

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesta 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 asistente 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, acepto 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

Blanca Alvira Ramirez		César Iván Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO: Blanca Alvira R.	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	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 (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):					

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Norma 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 ÉTNICO	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 (si usted es menor de edad)				TELÉFONO DEL ACUDIENTE			
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Karol Santos	TELÉFONO 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			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 realizó 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?	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?	moderado	1. ¿Durante los últimos 7 días cuanto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?	3	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 fuiste expuesto en su casa que fumó en su presencia?	NO				

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 o 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. ¿He 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				

3.8. 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 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 a 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	26.30	CLASIFICACIÓN		PERÍMETRO DE CINTURA	94	CLASIFICACIÓN	riesgo					

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Manifiesto que los 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 los cedidores y contratistas a recolectar, utilizar y tratar la información, en cumplimiento de la ley 1581 de 2012 el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. ✓

AUTORIZACIÓN DE MATERIAL AUDIOVISUAL FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual será como evidencia para promocionar y difundir las publicaciones, presentaciones académicas 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 ejecución de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. ✓

Norma Zuniga

Oscar Ivan Trujillo Ocampo

NOMBRE COMPLETO	Norma Zuniga	NOMBRE COMPLETO		NOMBRE COMPLETO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	26.514.800	NÚMERO DE DOCUMENTO		NÚMERO DE DOCUMENTO	1.082.215.328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 4
	FORMATO: FICHA DE DESCRIPCION Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FD-FR-054
		Fecha: 16/02/2023

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).			

DATOS DEL USUARIO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Yaneth Tejada Ramirez	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	28/03/83
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	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	ataliana 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	Periodico	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	22

DATOS DE CARACTERIZACIÓN

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?	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, ¿cuanto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"	4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica de 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 que intensidad realiza la actividad física?	moderado	1. ¿Durante los últimos 7 días cuanto tiempo pasó sentado o acostado diariamente?	2	1. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "porciones" de fruta consumió en el día?	2	2. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "porciones" de verduras consumió en el día?	1	3. ¿Usted le colocan sal a la comida, una vez está lista para consumir y antes de probarla?	NO	1. ¿Usted toma 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. 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. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	NO	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azucar 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	

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, ¿Cual enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Cómo que es 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 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, atendiendo 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, exime 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 divulgar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual asociado a los necesidades, prácticas y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy colaborando en la difusión de información en el país y la incidencia [illegible] temas, 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 Tejada	NOMBRE COMPLETO
NÚMERO DE DOCUMENTO	26607858	NÚMERO DE DOCUMENTO
		NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
		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: FDH-FR-054
		Fecha: 16/03/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	31/03/2023	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 083 215 328	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 (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Kevin Chila Montaña	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	15/05/2001
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1197722416	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	—	CORREO ELECTRÓNICO	—	DIRECCIÓN DE DOMICILIO	cll 5 # 11-53			ZONA	urbana
COMUNA, LOCALIDAD, VEREDA O CORREGIMIENTO	C. San Pedro	VÍA DE CONTACTO CON EL USUARIO	cebla,	NOMBRE ACUDIENTE (en caso de ser menor de edad)	—			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	—
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Norma Contanta	TELÉFONO CELULAR	3187817463	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

CONTEXTO 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	

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?	
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, ¿cuanto tiempo dedica diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"
4. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	actividad 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 sentado o recostado diariamente?	NO	1. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "porciones" de fruta consumió en el día?	NO	2. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "porciones" de verduras consumió en el día?	NO	4. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez esta 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 las últimas 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 su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?	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, perdida 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, ¿Cual enfermedad o condición de salud presenta?	—	10. Dirá que es su estado de salud de:	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	154	IMC	25.1	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 en las cuales de manera libre y voluntaria voy a participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, del mismo en mi calidad de asistente 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. ✗

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. ✗

Kevin Chila M.		Oscar Ivan Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO: Kevin Chila M.	NOMBRE COMPLETO:	NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO: 1197722416	NÚMERO DE DOCUMENTO:	NÚMERO DE DOCUMENTO: 1 083 215 328
		PROMOTOR

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCION Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FT-PR-004
		Fecha: 18-07-2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	1/03/2025	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 (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

DATOS DE CONTACTO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Norma Constanza Morbida	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	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD		Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Coopsol	
SITUACIÓN LABORAL	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	3178044473	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Parlante	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		

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?	40"

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

4. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	Si	5. ¿Cuántos días a la semana?	5	6. En esos días, ¿cuanto tiempo dedicó diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	60"	7. ¿Cuál es la principal actividad física que practica en tiempo libre?	Asistir al grupo AF	8. Si su respuesta anterior fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

9. ¿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 cuantas "porciones" de verduras o ensalada 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, ¿durmió cuántas de estos días hubo alguien en su casa que fumó en su presencia?	No

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

3. En los últimos 7 días, ¿cuántas horas durmió en promedio en la noche?	7

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico, otro enfermero 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

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. Otra 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 50 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 50 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	Bajo

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 tendrá como objetivo para promover e difundir las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, intereses y capacidades 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
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 (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Ana Sofia Chila M.	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	31/01/2008
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1004305002	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	Estudiante	NIVEL EDUCATIVO	Secundaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3178041423
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	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)	— —			TELÉFONO 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	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. ¿Cuantos días a la semana?	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. montó directamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?
NO	0	—

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 fue OTRA, mencione ¿cuál otra actividad físico practica en el tiempo libre?
Si	3	60"	asistir al grupo A.F	—

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 cuenta "porciones" de fruta consumió en el día?	2. ¿Durante los últimos 7 días cuenta "porciones" de verduras consumió en el día?	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, toma vaso de la sola para consumirlo y antes de probarlo?
1	1	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

1. ¿Usted fuma actualmente algún producto de tabaco, como cigarrillo, 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?
NO	NO

3.6. ACTIVIDAD FÍSICA Y SUEÑO

6. ¿A que intensidad realiza la actividad física?	7. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?
moderado	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)?	2. ¿Alguna vez le ha dicho un medico u otro profesional de la salud que su nivel de glucosa o azúcar en la sangre es alto?	3. ¿Le ... dico la ha referido 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 azucar alta en la sangre?	8. ¿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	NO	NO	NO	NO	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

9. ¿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. Dirías que su estado de salud es:
NO	NO	—	excelente

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?	2. Si en 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 o tres veces por semana durante al menos 60 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?
estudiar	—	10

PESO	55	TALLA	1.60	IMC	21.6	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 me mantengo libre y voluntariamente 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 físicas 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 sus entidades y contratistas a recolectar, retener 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 hacer las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, acordes a los 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 existencia 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
NÚMERO DE DOCUMENTO: 1004305002	NÚMERO DE DOCUMENTO:	NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.082.215.328
		ENTIDAD PROMOTORA

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

FECHA DE INSCRIPCIÓN	19/03/2025	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 (FANPAGE 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	Quehaceres del hogar	NIVEL EDUCATIVO	Tecnico	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3233788719
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	o — o	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	318583753	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Pentanopo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	2021

0 a 5 años			5 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		

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. ¿Cuantos días a la semana?	3. ¿En esos días, ¿cuanto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?
NO	0	~

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted realizó actividad física en su tiempo libre?	2. ¿Cuantos días a la semana?	3. En esos días, ¿cuanto tiempo dedico 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?
Si	3	60"	Asistir al grupo A.F	—

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 que intensidad realiza la actividad física?	1. ¿Durante los últimos 7 días cuanto tiempo pasó sentado o recostado diariamente?		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: cigarrillo, puros o pipas?	No	2. Teniendo en cuenta los últimos 7 días, ¿durante cuantos de estos días había alguien en su casa que fumo en su presencia?	No
Moderado	2	NO										

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO	3.6. MORBILIDAD REPORTADA											
3. En las últimas 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 debe alguna condición medica 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. ¿He 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?	
8	NO		NO		NO		NO		NO		No	

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 ¿Su estado de salud es	1. ¿Cuál es la principal barrera personal que identifica para practicar actividad física en escenarios 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 o tres veces por semana durante al menos 50 minutos, a pesar de (barrera manifestada en pregunta anterior)?	
No	No		—	Buena	Ninguna	—	10	

PESO	82	TALLA	1.70	IMC		CLASIFICACIÓN		PERIMETRO DE CINTURA	95	CLASIFICACIÓN	

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de los ejercicios para la promoción de actividad física de las cuales deseo participar libre y voluntariamente y 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 tanto, eximo al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y 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 la información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. X

AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FILMICO Y/O FOTOGRAFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los canales 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 coadyuvando 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 Ramirez			Oscar 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
					PROMOTOR

PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión: 8
FORMATO: FICHA DE INSCRIPCION Y REGISTRO DE USUARIOS		CÓDIGO: FD-FR-05a
		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 RT		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):			

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Thalia Vallejo Chila	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	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	3187812463
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Norma Chila	TELEFONO CELULAR	3187812463	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	peridoreo	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	Si	DESDE QUÉ AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA HEVS	2022

CARACTERIZACIÓN

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	NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR	3
	●									●						

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted invirtió 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 (tiempo) 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

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 cuentas "porciones" de fruta consumió en el día?		2. ¿Durante los últimos 7 días cuentas "porciones" de verduras consumió en el día?		3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, ya sea antes de probarla o 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?	

3.3. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

3.4 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 medica 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 15 días síntomas como: dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, congestión nasal fuerte, cansancio/fatiga, dolor de cabeza constante, diarrea, pérdida del gusto y del olfato?	

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, ¿Cual enfermedad o condición de salud presenta?		10. Dirías 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 tres veces por semana durante 60 minutos?		2. Si su respuesta fue OTRA, nos pone ¿cuál sería 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 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 prevención 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 cardiorrespiratorios, 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 anteriores 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 FILMICO Y/O FOTOGRAFICO: 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 y 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
NUMERO DE DOCUMENTO	52466260	NUMERO DE DOCUMENTO		NUMERO DE DOCUMENTO	1 082 215 328
FIRMA		FIRMA		FIRMA	

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCION Y REGISTRO DE USUARIOS	CODIGO: 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 01			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	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	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	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:	Aldalfonso Acosta	TELÉFONO CELULAR	3002097758	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	7072

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	4
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 caminó 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 (de manera continua) caminó o montó en bicicleta 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 de dios 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, por favor ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.3. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

6. ¿A que intensidad realiza la actividad física?	Moderado

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

8. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	8

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?	NO

3.8. 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?	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

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 o 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

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. Dime que es 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?	Trabajo	2. Si su respuesta fue OTRA, especifique ¿cuál otra barrera?	—	3. En una escala de 1 a 10 en donde 1 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	64	TALLA	161	IMC	11.2	CLASIFICACIÓN	normal	PERÍMETRO DE CINTURA	69	CLASIFICACIÓN	normal

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las actividades físicas de las cuales deseo participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física, del mismo en mi calidad de asistente 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 FILMICO Y/O FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los promotores del Ministerio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, dirigido 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**

Astrid Trujillo Olaya		Cesar Ivan Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO: Astrid Trujillo Olaya	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
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS	CODIGO: FO-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	1.082.215.332	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	Emanuel Liscano P.	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino	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	Ninguno	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 (si es menor de edad)	Magnolia Palomino			TELÉFONO DEL ACUDIENTE	3203528967
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Magnolia Palomino	TELÉFONO CELULAR	3203528967	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCAL EN A LOS QUE TIENE ACCESO	Pantoneo	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	4
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, ¿en el viaje se 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, ¿cuanto tiempo (tú, mono 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 dedica 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

6. ¿A que 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 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?

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

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, otra 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 ordenado 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

1. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos últimos meses?

4. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?

5. 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 anterior 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	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 participaré voluntariamente y 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, ximo el 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. — ✓

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 misional institucional, además de, las necesidades, intereses y expectativas de la comunidad respecto al derecho a la actividad física. Con mi aporte, estoy contribuyendo en la creación 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: 26607537	NÚMERO DE DOCUMENTO:	NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.082.215.332

	PROCESO: FOMENTO DEL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCION Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FO-FH-054
		Fecha: 15/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	1/03/2025	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 FIE			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	Nyro 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	Sanitas
SITUACIÓN LABORAL	Trabajador	NIVEL EDUCATIVO	Profesional	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2			TELÉFONO CELULAR	3112932118
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	marcospt@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	Ventoneo	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	3
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 prendió en bicicleta a 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 (di. resolo diariamente en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro?
NO	0	—

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, ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?
Si	3	60'	asistir al grupo A.F	—

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

6. ¿A que intensidad realiza la actividad física?
intensa

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

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

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 d[illegible]	3. ¿Usted le adiciona sal a la comida, una vez esta lista para consumirla antes de probarla?
1	1	1

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

7. En los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?
8

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 fumo en su presencia?
1	1

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 medica que pueda empeorarse con la actividad física?	4. ¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	5. ¿Está tomando medicamentos para los 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 o nasal leche, conjuntivitis, dolor de cabeza constante, diarrea, perdida del gusto y del olfato?
NO	NO	NO	NO	NO	NO

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

7. ¿Tuvo diagnóstico POSITIVO para COVID-19 en los dos ultimos meses?	8. ¿Presenta otra enfermedad o condición de salud?	9. Si su respuesta anterior fue SI, ¿Cual enfermedad o condición de salud presenta?	10. Dela que su estado de salud es
NO	NO	—	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?	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 que o tres veces por semana durante el menos 60 minutos, a pesar de [illegible] manifestado en pregunta anterior)?
Trabajo	—	10

PESO	89	TALLA	1.85	IMC	24.6	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 deseo participar libre y voluntariamente 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 [illegible] Acepto todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas, tales como lesiones osteomusculares, riesgo cardiovasculares, riesgo de contagio para COVID-19, entre otros. Por lo anterior, eximo al Ministerio del Deporte, al mismo 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 mis información en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 al Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias — X

AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FILMICO 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 divulgar 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

Marco Antonio Trujillo			Oscar Iva Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO	Marco Antonio Trujillo	NOMBRE COMPLETO	PROMOTOR
NÚMERO DE DOCUMENTO	1082214607	NÚMERO DE DOCUMENTO	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO 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 INSCRIPCION	11/07/2023	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARA	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 682 215 328	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	Diego Armando Trujillo	SEXO DE NACIMIENTO	Hombre	IDENTIDAD DE GÉNERO	Masculino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	24/07/96		
TIPO DE DOCUMENTO	CC	NÚMERO DE DOCUMENTO	1082216399	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana				
DISCAPACIDAD	Ninguno	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ÉTNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACIÓN A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Sanitas		
SITUACIÓN LABORAL	Trabajar	NIVEL EDUCATIVO	Profesional	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	1	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	3204115081	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	7072		

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	

3.1. ACTIVIDAD FÍSICA COMO MEDIO DE TRANSPORTE

1. Durante los últimos 7 días, ¿usted acostumbra andar en bicicleta o caminar 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. acostumbra andar en bicicleta o caminar para desplazarse de un lugar a otro?
NO	0	NO

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, ¿cuanto tiempo dedica 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?
Si	3	60	Asesoria al grupo A.F	—

3.3. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE

6. ¿A que intensidad realizó la actividad física?
moderada

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

1. ¿Durante los últimos 7 días cuanto tiempo pasó sentado o acostado diariamente?
2

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

1. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "porciones" de frutas 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	1	NO

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?
NO	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

8. En las últimas 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)?	2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene nivel de glucosa o azúcar en la sangre alto?	3. ¿Su médico le ha informado que tiene algunas condiciones medicas que puede empeorarse con la actividad física?	4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azucar 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?
NO	NO	NO	NO	NO	NO

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. Otra que se estado de salud es	
NO	No	—		Ausente

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?	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)?
Ninguno	—	10

PESO	82	TALLA	1.79	IMC	26.6	CLASIFICACIÓN	Sobrepeso 1	PERÍMETRO DE CINTURA	81	CLASIFICACIÓN	Riesgo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO: manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias de promoción de actividad física de las cuales deseo hacer parte y voluntariamente 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 Muebleno 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 Municipio del Deporte y del ente deportivo, autorizo a los empleados 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 FILMICO VIA FOTOGRÁFICO: Autorizo a tomar registro fílmico y/o fotográfico a través de los contratistas del Municipio del Deporte y del ente deportivo, el cual servirá como evidencia para promover e ilustrar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual, internas 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	1 682 215 328

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

FECHA DE INSCRIPCIÓN	1/03/2026	DEPARTAMENTO	HUILA	MUNICIPIO	YAGUARÁ	ROL CONTRACTUAL	MONITOR PROFESIONAL	NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO DEL CONTRATISTA	1 080 315 328		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	Ana Sofia Alvarado	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	17/04/10
TIPO DE DOCUMENTO	T.I	NÚMERO DE DOCUMENTO	1036903868	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	Estudia	NIVEL EDUCATIVO	Secundaria	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	3138503693		
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)	Kirlian Ortiz	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	3138503693		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Kirlian Ortiz	TELÉFONO CELULAR	3138503693	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	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			
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: 4
													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, ¿cuanto 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

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?	

3.3. COMPORTAMIENTO SEDENTARIO

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

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: cigarrillo, puros o pipa?		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

3.5. 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 dana alguna condición medica 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 dias 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, ¿Cual 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 establecer de grupos comunitarios una a mas 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 estar manifestando en pregunta anterior?	

PESO	56	TALLA	1.68	IMC	19.1	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 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 _____ eximo 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. ✓

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 anteriores, 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 FILMICO 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 nuestra población, presentaciones institucionales y material audiovisual, además de, las necesidades, riquezas y especialmente 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. ✓

Kirlian Ortiz		Oscar Ivan Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO: Kirlian Ortiz	NOMBRE COMPLETO:	NOMBRE COMPLETO: PROMOTOR
NÚMERO DE DOCUMENTO: 1053815793	NÚMERO DE DOCUMENTO:	NÚMERO DE DOCUMENTO: 1 080 315 328

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 6
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCION Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FO-PR-004
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCIÓN	1/03/2026	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 N° (FANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Kirlian Maritza 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			3133505697			
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:	Josefa Rojas			TELÉFONO CELULAR	3209041693			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			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	4
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 su tiempo libre?	caminata c/ GMP A.F	5. Si su respuesta anterior fue OTRA, menciona ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	—

3.3. ACTIVIDAD FÍSICA 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?	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 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	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 fumó alguien en su casa que fumó en su presencia?	NO

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

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 exceso 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

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 ha sido su estado de salud en	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, menciones ¿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

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

PESO	66	TALLA	1.56	IMC	27.1	CLASIFICACIÓN	Riesgo	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. — A

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 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 y divulgar las publicaciones, presentaciones institucionales y material audiovisual internos de las necesidades, intereses y expectativas de la comunidad respecto al desarrollo 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

Kirlian Ortiz	JTO	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: 6
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCION Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FD-FR-054
		Fecha: 16/03/2023

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	YAGUARÁ 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	26/10/93
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	NÚMERO DE DOCUMENTO	1082215978	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	3204115081		
TELÉFONO FIJO	— o —	CORREO ELECTRÓNICO	— o —	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)	— o —	TELÉFONO DEL ACUDIENTE	— - —		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Judy Yuma	TELÉFONO CELULAR	3204115081	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Parlante	CUENTA CON ACCESO A INTERNET	SI	DESDE QUE AÑO PARTICIPA DE LAS SESIONES DE AF DEL PROGRAMA INDES	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	4
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 acostumbró ir en bicicleta o caminó para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?	2. ¿Cuantos días a la semana?	3. ¿En esos días, ¿cuánto tiempo Ud. acostumbró caminar 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, ¿cuanto tiempo dedico diariamente a realizar actividad física en su tiempo libre?	4. ¿Cual 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?
NO	0	NO		SI	3	60	Asiste al grupo A.F	—

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 sale 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?
moderada	2	1	1	NO	NO	NO

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. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?	5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azucar alto en la sangre?	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?
7	NO	NO	NO	NO	NO	NO

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, ¿Cual 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)?
NO	NO	—	Bueno	Ninguna	—	10

PESO	81	TALLA	170	IMC	28.0	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 deseo libre y voluntariamente 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 mismas a recolectar, tratar y hacer mi información, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas complementarias. — X

AUTORIZACIÓN DE MATERIAL FILMICO Y/O FOTOGRAFICO: Autorizo a hacer 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 internas 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: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO	1082215978	NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.082.215.326

	PROCESO: FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL	Versión: 8
	FORMATO: FICHA DE INSCRIPCION Y REGISTRO DE USUARIOS	CÓDIGO: FO-FR-084
		Fecha: 18/07/2023

FECHA DE INSCRIPCION	19/03/2026	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	
DIRECCION, BARRIO O VEREDA DEL GRUPO	PARQUE PRINCIPAL		ESCENARIO	PARQUE		URL GRUPO AFIFANE PAGE FACEBOOK O WHATSAPP):			

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	Michel Dayan Yaima	SEXO DE NACIMIENTO	Mujer	IDENTIDAD DE GÉNERO	Femenino	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	FECHA DE NACIMIENTO	15/07/17
TIPO DE DOCUMENTO	TI	NÚMERO DE DOCUMENTO	1082217726	PAÍS DE NACIMIENTO	Colombia	NACIONALIDAD	Colombiana		
DISCAPACIDAD	Ninguna	CONDICIÓN	Ninguna	GRUPO ETNICO	Ninguno	TIPO DE AFILIACION A SALUD	Subsidiado	NOMBRE DE LA EAPB/EPS	Nueva EPS
SITUACIÓN LABORAL	Estudia	NIVEL EDUCATIVO	Primaria	ESTRATO SOCIOECONOMICO	2	TELEFONO 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)	Cindy Yaima	TELEFONO DEL ACUDIENTE	3204115081		
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:	Cindy Yaima	TELEFONO CELULAR	3204115081	MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCALES A LOS QUE TIENE ACCESO	Parlante	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 camino para desplazarse de un lugar a otro durante al menos 10 minutos seguidos?		2. ¿Cuántos días a la semana?		3. ¿En esos días, ¿cuanto tiempo Ud. montó diariamente en bicicleta o camino 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. ¿Cuantos días a la semana?		3. En esos días, ¿cuanto tiempo dedica 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, anotarla ¿cuál otra actividad física practica en el tiempo libre?	

3.2. ACTIVIDAD FÍSICA 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?		1. ¿Durante los últimos 7 días cuantas "porciones" de fruta consumió en el día?	

3.4. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y SAL

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: cigarrillo, puros o pipa?	

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

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 la última 7 días, ¿cuánto tiempo durmió en promedio en la noche?	

3.5. HÁBITOS DE TABACO Y SUEÑO

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 medico le ha diagnosticado que tiene alguna condición médica que pueda empeorarse con la actividad física?	

3.6. MORBILIDAD REPORTADA

4. ¿Esta tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta?		5. ¿Esta tomando medicamentos para la diabetes o el azucar 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

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?	

3.7. COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES

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	10.1	CLASIFICACIÓN	N.I.M.J	PERIMETRO DE CINTURA	47	CLASIFICACION	Normal	

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Manifiesto que he sido informado acerca de las estrategias para la promoción de actividad física de los cuales seremos beneficiados y voluntario 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, acorde al Ministerio del Deporte, al ente deportivo y a sus contratistas, no 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 FILMICO 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 sus necesidades, inserasas 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 resultados de los planes, programas y proyectos de actividad física en la calidad de vida, bienestar y salud de las personas. X

Cindy Yaima Yaima		Oscar Ivan Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO: Cindy Yaima	NOMBRE COMPLETO:	NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NUMERO DE DOCUMENTO: 1082215890	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: FO-FM-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 (FANPAGE FACEBOOK O WHATSAPP):				

DATOS DEL PARTICIPANTE

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	1084 304939	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	Profesional	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	2	TELÉFONO CELULAR	322816 7916		
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	Periódico	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				
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: 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	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?	Gusta 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 realiza la actividad física?	Dedicada	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 esta 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					

3.6. 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 o 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 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, contagiosidad, dolor de cabeza constante, diarrea, perdida del gusto y del olfato?	NO					

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. Dirías 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 diarrea 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 los cuales de manera libre y voluntaria me he participar bajo mi responsabilidad, acogiendo las recomendaciones del programa para la práctica de actividad física del mismo en mi salidad de acuerdo de _____ Asumo todos los riesgos asociados con la participación en estas jornadas tales como hacer: ... incomodidades, 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 evidencias para promover a difundir las publicaciones, presentaciones institucionales y misional audiovisual, acciones 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

Angi Lorena Romero		Oscar Ivan Trujillo Ocampo
NOMBRE COMPLETO: Angi Lorena Romero	NOMBRE COMPLETO:	NOMBRE COMPLETO: OSCAR IVAN TRUJILLO OCAMPO
NÚMERO DE DOCUMENTO: 1084304939	NÚMERO DE DOCUMENTO:	NÚMERO DE DOCUMENTO: 1.082.215.328