ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE DEPORTE Y RECREACIÓN	MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG) FICHA DE INSCRIPCIÓN BENEFICIARIOS DE PROGRAMAS	MMDS01.04.P002.F040	
		VERSIÓN	005

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

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

1. Datos Basicos

[ ] Cédula de ciudadanía [ ] Registro Civil [X] Tarjeta de identidad [ ] Cédula de Extranjería
[ ] Pasaporte [ ] Sin información [ ] NIT [ ] NUIP

Número documento de identificación: 1109267378

Fecha de Inscripción: 06/04/2016 Ficha No.: 5714

Nombre del Programa: Deportiva Modalidad/Disciplina: Tenis de Campo

Punto de atención: Plazas Verdes

Comuna/Corregimiento: 5 Barrio/Vereda: Chimanangos

Primer nombre: Mariana Segundo nombre:

Primer apellido: Castillo Segundo apellido: Castillo

Correo electrónico: Fecha de Nacimiento: 26/11/2016

Sexo: [ ] Hombre [X] Mujer Genero: [X] Heterosexual [ ] Homosexual [ ] Bisexual

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

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

2. Datos de Procedencia

País de procedencia: Colombia Departamento: Valle Municipio: Cali

3. Datos de residencia del beneficiario

Corregimiento: Vereda:

Barrio: Metropolitano Estrato: [ ] Comuna: 05

Dirección de residencia: Calle 70 #1a 13-20 Complemento Dirección:

Teléfono Fijo / Móvil:

4. Datos Academicos

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

Estado de escolaridad del beneficiario

[X] En curso [ ] Finalizó [ ] Desertó

Ocupación actual del beneficiario

[X] Estudiante [ ] Empleado [ ] Pensionado/jubilado [ ] Buscando trabajo
[ ] Ama de casa [ ] Independiente [ ] Ninguno [ ] Otro

5.Datos de Familia

Estado Civil

[ ] Casado/a [X] Soltero/a [ ] Viudo/a [ ] Divorciado/a
[ ] Unión Libre [ ] [X] Tiene Hijos Cuantos: [ ]

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

[ ] Afrocolombiano [ ] Indígena [ ] Palenquero/a [ ] Romaní (ROM)/ gitano
[ ] Raizal [X] Ninguno [ ] NS/NR [ ] Otro Cuál?

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

[ ] Indígena [ ] Afrodescendiente [ ] Victima del Conflicto [ ] LGTBI [ ] Adulto mayor
[ ] Grupo organizado de mujeres [ ] Grupo organizado de jóvenes [ ] Junta de acción comunal
[ ] Junta administradora local [X] Ninguno [ ] Otro Cuál?
[ ] Club deportivo Cuál?

7. Datos de Salud

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

Este documento es propiedad de la Administración Central del Municipio de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

[ ] Sí [X] No Si su respuesta es Sí, Indique ¿Cuál? _____

¿Toma Medicamentos?

[ ] Sí [X] No Si su respuesta es Sí, Indique ¿Cuál?

Tipo de Sangre

Grupo Sanguíneo y RH: A+

¿Presenta algún tipo de discapacidad permanente?

[ ] Sí [X] No

Si respondió si, ¿Cuál?

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

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

[X] Sí [ ] No Si su respuesta es Sí, Indique ¿Cuál? Sanitas

Tipo de afiliación

[ ] Especial (FFMM, POLICIA, ETC) [X] Regimen Contributivo (EPS)
[ ] Regimen Subsidiado (SISBEN, EPS, S)

8. Identificación del Padre de Familia / Acudiente / Cuidador

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

Tipo de Documento: [X] Cédula de Ciudadanía [ ] Cédula de extranjería [ ] Pasaporte
[ ] Sin Información No. De Identificación 31574350

Primer nombre: Diana Segundo nombre: Maria
Primer apellido: Castillo Segundo apellido:
Sexo: [ ] Hombre [X] Mujer [ ] Otro Cual:
Fecha de Nacimiento: 11/09/1979 Edad: 46 en años
Teléfono Fijo / Móvil: 3007741033 Correo electrónico: nana11979@gmail.com
Parentesco: [X] Madre/Padre [ ] Hermana/Hermano [ ] Tía/Tío [ ] Abuela/Abuelo
[ ] Cuidador [ ] Otro ¿Cuál? _____

Mariana Castillo — Firma del Beneficiario
Diana Mc Castillo — Firma Padre de Familia/Acudiente/Cuidador
Yhon M — Firma del Monitor(a)

Contacto de emergencia Nombre: Diana Mc Castillo Teléfono: 3007741033

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

9. Autorización de reproducción de imagen fotográfica, audio y/o video y participación en investigaciones / Consentimiento Informado

Por la presente yo Diana Mc Castillo identificado con documento de identidad 31574350 expedido en Cali autorizo al distrito especial de Santiago de Cali – Secretaría del Deporte y la Recreación para que use, edite, publique, reproduzca, distribuya y/o licencie mi imagen, la de las (niñas,niños, adolecentes, jovenes, adultos y adulto mayor) que represento (hijos, personas con discapacidad o adultos mayores) de cuyos derechos de autor soy titular. Reconozco que esta autorización no supone pago ni retribución incluyendo regalías u otra compensación resultante de su uso. Tengo conocimiento de que esta imagen puede editarse, coplarse, exhibirse, publicarse o distribuirse, por varios medios incluyendo el electrónico, sin que tenga derecho a examinar o autorizar la reproducción del producto final en que ella aparezca. La presente autorización no tiene fecha de expiración ni se restringe a límite geográfico alguno en cuanto a la distribución y/o reproducción de esta imagen. Certifico también que tengo la potestad de conferir los derechos antes mencionados y que el ejercicio de éstos no infringe los derechos de propiedad intelectual o de imagen de terceros. Igualmente, autorizo la participación en investigaciones socio-estadísticas de la de las (niñas,niños, adolecentes, jovenes, adultos y adulto mayor) que represento adelantadas por parte del distrito especial de Santiago de Cali, tales como encuestas, test, grupos focales, sondeos, entre otros.

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

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

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

Mariana Castillo — Firma del Beneficiario
Diana Mc Castillo — Firma del Padre de Familia/Acudiente/Cuidador

Este documento es propiedad de la Administración Central del Municipio de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE DEPORTE Y RECREACIÓN	MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG) FICHA DE INSCRIPCIÓN BENEFICIARIOS DE PROGRAMAS	MMDS01.04.P002.F040	
		VERSIÓN	005

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

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

1. Datos Basicos

[ ] Cédula de ciudadanía [ ] Registro Civil [X] Tarjeta de identidad [ ] Cédula de Extranjería
[ ] Pasaporte [ ] Sin Información [ ] NIT [ ] NUIP

Número documento de identificación: 1065910241

Fecha de Inscripción: 07042026 Ficha No.: 5711
Nombre del Programa: Deportiva Modalidad/Disciplina: Tenis de Campo
Punto de atención: Polideportivo La Riviera
Comuna/Corregimiento: 5 Barrio/Vereda: Villa del Prado
Primer nombre: Melany Segundo nombre:
Primer apellido: Gomez Segundo apellido: Herrera
Correo electrónico: Fecha de Nacimiento: 25032015

Sexo: [ ] Hombre [X] Mujer Genero: [X] Heterosexual [ ] Homosexual [ ] Bisexual

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

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

2. Datos de Procedencia

País de procedencia: Colombia Departamento: Valle Municipio: Cali

3. Datos de residencia del beneficiario

Corregimiento: Vereda:
Barrio: Villa del Prado Estrato: 03 Comuna: 05
Dirección de residencia: Cra 49 #65B-10 Complemento Dirección:
Teléfono Fijo / Móvil: 3105034231

4. Datos Academicos

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

Estado de escolaridad del beneficiario

[X] En curso [ ] Finalizó [ ] Desertó

Ocupación actual del beneficiario

[X] Estudiante [ ] Empleado [ ] Pensionado/jubilado [ ] Buscando trabajo
[ ] Ama de casa [ ] Independiente [ ] Ninguno [ ] Otro

5.Datos de Familia

Estado Civil

[ ] Casado/a [X] Soltero/a [ ] Viudo/a [ ] Divorciado/a
[ ] Unión Libre [ ] [X] Tiene Hijos Cuantos: [ ]

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

[ ] Afrocolombiano [ ] Indígena [ ] Palenquero/a [ ] Romaní (ROM)/ gitano
[ ] Raizal [X] Ninguno [ ] NS/NR [ ] Otro Cuál?

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

[ ] Indígena [ ] Afrodescendiente [ ] Victima del Conflicto [ ] LGTBI [ ] Adulto mayor
[ ] Grupo organizado de mujeres [ ] Grupo organizado de jóvenes [ ] Junta de acción comunal
[ ] Junta administradora local [X] Ninguno [ ] Otro Cuál?
[ ] Club deportivo Cuál?

7. Datos de Salud

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

Este documento es propiedad de la Administración Central del Municipio de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

[ ] Sí [X] No Si su respuesta es Sí, Indique ¿Cuál? _____

¿Toma Medicamentos?

[ ] Sí [X] No Si su respuesta es Sí, Indique ¿Cuál?

Tipo de Sangre

Grupo Sanguíneo y RH: O+

¿Presenta algún tipo de discapacidad permanente?

[ ] Sí [X] No

Si respondió si, ¿Cuál?

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

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

[X] Sí [ ] No Si su respuesta es Sí, Indique ¿Cuál? Sura EPS

Tipo de afiliación

[ ] Especial (FFMM, POLICIA, ETC) [ ] Regimen Contributivo (EPS)
[X] Regimen Subsidiado (SISBEN, EPS, S)

8. Identificación del Padre de Familia / Acudiente / Cuidador

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

Tipo de Documento: [X] Cédula de Ciudadanía [ ] Cédula de extranjería [ ] Pasaporte
[ ] Sin información No. De identificación 66955375

Primer nombre: Angelica Segundo nombre: Maria
Primer apellido: Cabrera Segundo apellido: Prado

Sexo: [ ] Hombre [X] Mujer [ ] Otro Cual:

Fecha de Nacimiento: 23/01/1975 Edad: 51 en años

Teléfono Fijo / Móvil: 3105034231 Correo electrónico:

Parentesco: [X] Madre/Padre [ ] Hermana/Hermano [ ] Tía/Tío [ ] Abuela/Abuelo
[ ] Cuidador [ ] Otro ¿Cuál?

Melany Gomez
Firma del Beneficiario

Angelica Cabrera
Firma Padre de Familia/Acudiente/Cuidador

Yhon Mosquera
Firma del Monitor(a)

Contacto de emergencia Nombre: Angelica Cabrera Teléfono: 3105034231

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

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

Por la presente yo Angelica Mª Cabrera identificado con documento de identidad 66955375 expedido en Cali autorizo al distrito especial de Santiago de Cali – Secretaría del Deporte y la Recreación para que use, edite, publique, reproduzca, distribuya y/o licencie mi imagen, la de las (niñas,niños, adolecentes, jovenes, adultos y adulto mayor) que represento (hijos, personas con discapacidad o adultos mayores) de cuyos derechos de autor soy titular. Reconozco que esta autorización no supone pago ni retribución incluyendo regalías u otra compensación resultante de su uso. Tengo conocimiento de que esta imagen puede editarse, copiarse, exhibirse, publicarse o distribuirse, por varios medios incluyendo el electrónico, sin que tenga derecho a examinar o autorizar la reproducción del producto final en que ella aparezca. La presente autorización no tiene fecha de expiración ni se restringe a límite geográfico alguno en cuanto a la distribución y/o reproducción de esta imagen. Certifico también que tengo la potestad de conferir los derechos antes mencionados y que el ejercicio de éstos no infringe los derechos de propiedad intelectual o de imagen de terceros. Igualmente, autorizo la participación en investigaciones socio-estadísticas de la de las (niñas,niños, adolecentes, jovenes, adultos y adulto mayor) que represento adelantadas por parte del distrito especial de Santiago de Cali, tales como encuestas, test, grupos focales, sondeos, entre otros.

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

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

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

Melany Gomez
Firma del Beneficiario

Angelica Cabrera
Firma del Padre de Familia/Acudiente/Cuidador

Este documento es propiedad de la Administración Central del Municipio de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE DEPORTE Y RECREACIÓN	MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG) FICHA DE INSCRIPCIÓN BENEFICIARIOS DE PROGRAMAS	MMDS01.04.P002.F040	
		VERSIÓN	005

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

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

1. Datos Basicos

[ ] Cédula de ciudadanía [ ] Registro Civil [X] Tarjeta de identidad [ ] Cédula de Extranjería
[ ] Pasaporte [ ] Sin información [ ] NIT [ ] NUIP

Número documento de identificación: 1104837726

Fecha de Inscripción: 09042026 Ficha No.: 5709

Nombre del Programa: DeporVida Modalidad/Disciplina: Tenis de Campo

Punto de atención: Villa del Prado

Comuna/Corregimiento: Comuna 5 Barrio/Vereda: Los Andes

Primer nombre: Matias Segundo nombre: Perez

Primer apellido: Cuevas Segundo apellido:

Correo electrónico: solperezgil@gmail.com Fecha de Nacimiento: 30102015

Sexo: [X] Hombre [ ] Mujer Genero: [X] Heterosexual [ ] Homosexual [ ] Bisexual

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

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

2. Datos de Procedencia

País de procedencia: Colombia Departamento: Valle Municipio: Cali

3. Datos de residencia del beneficiario

Corregimiento: Vereda:

Barrio: Los Andes Estrato: 3 Comuna: 05

Dirección de residencia: Cra 3 # 58-99 Complemento Dirección: Piso 1

Teléfono Fijo / Móvil: 311.336 46 03

4. Datos Academicos

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

Estado de escolaridad del beneficiario

[X] En curso [ ] Finalizó [ ] Desertó

Ocupación actual del beneficiario

[X] Estudiante [ ] Empleado [ ] Pensionado/jubilado [ ] Buscando trabajo
[ ] Ama de casa [ ] Independiente [ ] Ninguno [ ] Otro

5.Datos de Familia

Estado Civil

[ ] Casado/a [X] Soltero/a [ ] Viudo/a [ ] Divorciado/a
[ ] Unión Libre [ ] [X] Tiene Hijos Cuantos:

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

[ ] Afrocolombiano [ ] Indígena [ ] Palenquero/a [ ] Romaní (ROM)/ gitano
[ ] Raizal [X] Ninguno [ ] NS/NR [ ] Otro Cuál?

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

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

7. Datos de Salud

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

Asma

Este documento es propiedad de la Administración Central del Municipio de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

[✓] Sí [ ] No Si su respuesta es Sí, Indique ¿Cuál? Asma.

¿Toma Medicamentos?

[X] Sí [ ] No Si su respuesta es Sí, Indique ¿Cuál?

Tipo de Sangre

Grupo Sanguíneo y RH: A+

¿Presenta algún tipo de discapacidad permanente?

[ ] Sí [X] No

Si respondió sí, ¿Cuál?

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

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

[X] Sí [ ] No Si su respuesta es Sí, Indique ¿Cuál?

Tipo de afiliación

[ ] Especial (FFMM, POLICIA, ETC) [X] Regimen Contributivo (EPS) SURA.
[ ] Regimen Subsidiado (SISBEN, EPS, S)

8. Identificación del Padre de Familia / Acudiente / Cuidador

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

Tipo de Documento: [X] Cédula de Ciudadanía [ ] Cédula de extranjería [ ] Pasaporte
[ ] Sin información No. De Identificación 43688458.

Primer nombre: Sol Segundo nombre: Lilian
Primer apellido: Perez Segundo apellido: Gil

Sexo: [ ] Hombre [✓] Mujer [ ] Otro Cual:

Fecha de Nacimiento: 30/06/1978 Edad: 47 en años

Teléfono Fijo / Móvil: 3113364603 Correo electrónico: solperezgil@gmail.com

Parentesco: [X] Madre/Padre [ ] Hermana/Hermano [ ] Tía/Tío [ ] Abuela/Abuelo
[ ] Cuidador [ ] Otro ¿Cuál?

Matias Cuevas
Firma del Beneficiario

Sol Lilian Pérez Gil
Firma Padre de Familia/Acudiente/Cuidador

Yihan Moseuera
Firma del Monitor(a)

Contacto de emergencia Nombre: Sol Lilian Perez Teléfono: 3113364603

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

9. Autorización de reproducción de imagen fotográfica, audio y/o video y participación en investigaciones / Consentimiento Informado

Por la presente yo Sol Lilian Perez identificado con documento de Identidad 43688458 expedido en Caldas (Ant) autorizo al distrito especial de Santiago de Cali – Secretaría del Deporte y la Recreación para que use, edite, publique, reproduzca, distribuya y/o licencie mi imagen, la de las (niñas,niños, adolecentes, jovenes, adultos y adulto mayor) que represento (hijos, personas con discapacidad o adultos mayores) de cuyos derechos de autor soy titular. Reconozco que esta autorización no supone pago ni retribución incluyendo regalías u otra compensación resultante de su uso. Tengo conocimiento de que esta imagen puede editarse, copiarse, exhibirse, publicarse o distribuirse, por varios medios incluyendo el electrónico, sin que tenga derecho a examinar o autorizar la reproducción del producto final en que ella aparezca. La presente autorización no tiene fecha de expiración ni se restringe a límite geográfico alguno en cuanto a la distribución y/o reproducción de esta imagen. Certifico también que tengo la potestad de conferir los derechos antes mencionados y que el ejercicio de éstos no infringe los derechos de propiedad intelectual o de imagen de terceros. Igualmente, autorizo la participación en investigaciones socio-estadísticas de la de las (niñas,niños, adolecentes, jovenes, adultos y adulto mayor) que represento adelantadas por parte del distrito especial de Santiago de Cali, tales como encuestas, test, grupos focales, sondeos, entre otros.

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

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

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

Matias Cuevas
Firma del Beneficiario

Sol Lilian Pérez Gil
Firma del Padre de Familia/Acudiente/Cuidador

Este documento es propiedad de la Administración Central del Municipio de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.