ALCALDIA 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: 1104834929

Fecha de Inscripción: 12/03/2026 Ficha No.: 9045

Nombre del Programa: Deporvida Modalidad/Disciplina: Atletismo

Punto de atención: Escuela Luis Fernando Lloreda

Comuna/Corregimiento: Saladito Barrio/Vereda: Saladito

Primer nombre: Matias Segundo nombre:

Primer apellido: Astudillo Segundo apellido: Giron

Correo electrónico: sanamatias502.esc@gmail.com Fecha de Nacimiento: 05/06/2014

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: Terron Colorado Estrato: 07 Comuna: 07

Dirección de residencia: Calle 14 #04-126 Complemento Dirección:

Teléfono Fijo / Móvil: 3773565708

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 Si [ ] No [ ] 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?

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

¿Toma Medicamentos?

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

Tipo de Sangre

Grupo Sanguíneo y RH: O+

¿Presenta algún tipo de discapacidad permanente?

[ ] Si [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] Si [ ] No Si su respuesta es Si, indique ¿Cuál? SOS

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 1130632708

Primer nombre: Edaly Segundo nombre:

Primer apellido: Astuiza Segundo apellido: Giron

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

Fecha de Nacimiento: 02/07/1985 Edad: 40 en años

Teléfono Fijo / Móvil: 3113568708 Correo electrónico:

Parentesco: [X] Madre/Padre [ ] Hermana/Hermano [ ] Tia/Tio [ ] Abuela/Abuelo
[ ] Cuidador [ ] Otro ¿Cuál? _____

MATIAS A
Firma del Beneficiario

Edaly Astuiza
Firma Padre de Familia/Acudiente/Cuidador

Firma del Monitor(a)

Contacto de emergencia Nombre: edaly A Teléfono: 3113565708

*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 Edaly A identificado con documento de identidad 1130632708 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 [ ]

MATIAS A.
Firma del Beneficiario

Edaly Astuiza
Firma del Padre de Familia/Acudiente/Cuidador

ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE DEPORTE Y RECREACIÓN	MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG) **FICHA DE INSCRIPCIÓN BENEFICIARIOS DE PROGRAMAS**	MMDS01.04.P002.F040 VERSIÓN 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: 1113041130

Fecha de Inscripción: 12/03/2026 Ficha No.: 4039

Nombre del Programa: Deportivida Modalidad/Disciplina: Atletismo

Punto de atención: Escuela Luis Fernando Olaveda

Comuna/Corregimiento: Saladito Barrio/Vereda: Saladito

Primer nombre: Antony Segundo nombre: Yesid

Primer apellido: Burgos Segundo apellido: Ramos

Correo electrónico: Fecha de Nacimiento: 27/04/2004

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: Saladito Vereda: Saladito

Barrio: Estrato: 07 Comuna:

Dirección de residencia: Calle # 80 Complemento Dirección:

Teléfono Fijo / Móvil: 3274839001

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 [ ] 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?

[ ] Si [X] No Si su respuesta es SI, indique ¿Cuál? _____

¿Toma Medicamentos?

[ ] Si [X] No Si su respuesta es SI, indique ¿Cuál?

Tipo de Sangre

Grupo Sanguíneo y RH: O+

¿Presenta algún tipo de discapacidad permanente?

[ ] Si [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] Si [ ] No Si su respuesta es SI, indique ¿Cuál? S.O.S COMFANDI

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 1107073462

Primer nombre: Jhoana Segundo nombre: Murelly
Primer apellido: Ramos Segundo apellido: Caluache
Sexo: [X] Hombre [ ] Mujer [ ] Otro Cual:
Fecha de Nacimiento: 2 4 1 1 1 9 9 2 Edad: 3 3 en años
Teléfono Fijo / Móvil: 3233626484 Correo electrónico: JhoanaM1992@gmil.com
Parentesco: [X] Madre/Padre [ ] Hermana/Hermano [ ] Tía/Tío [ ] Abuela/Abuelo
[ ] Cuidador [ ] Otro ¿Cuál? _____

Antonia. Joana Ramos
Firma del Beneficiario Firma Padre de Familia/Acudiente/Cuidador Firma del Monitor(a)

Contacto de emergencia Nombre: Jhoana Ramos Teléfono: 3233626484

*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 Jhoana R identificado con documento de identidad 1107073462 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 [ ]

Antonia. Joana Ramos
Firma del Beneficiario Firma del Padre de Familia/Acudiente/Cuidador

ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE DEPORTE Y RECREACIÓN	MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG) FICHA DE INSCRIPCIÓN BENEFICIARIOS DE PROGRAMAS	MMDS01.04.P002.F040	
		VERSIÓN	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: 1145731234

Fecha de Inscripción: 12/03/2026 Ficha No.: 3472

Nombre del Programa: Pepavida Modalidad/Disciplina: Atletismo

Punto de atención: Escuela luis Fernando Acuveda

Comuna/Corregimiento: Saladito Barrio/Vereda: Saladito

Primer nombre: Maria Segundo nombre: Isabel

Primer apellido: Silva Segundo apellido: Gomez

Correo electrónico: Fecha de Nacimiento: 06/04/2019

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: Saladito Vereda: Saladito

Barrio: Palomar Estrato: 04 Comuna:

Dirección de residencia: Casa #06 Complemento Dirección:

Teléfono Fijo / Móvil: 320 332 0948

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 Si No 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?

[ ] 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? Cod Salud

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 1193647

Primer nombre: Mery Segundo nombre:

Primer apellido: Gomez Segundo apellido: Gomez

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

Fecha de Nacimiento: 05/07/1975 Edad: 50 en años

Teléfono Fijo / Móvil: 327 332 0498 Correo electrónico: Mery98@gmil.com

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

Maria Isabel	Mery Gomez	Natalia.
Firma del Beneficiario	Firma Padre de Familia/Acudiente/Cuidador	Firma del Monitor(a)

Contacto de emergencia Nombre: Mery Gomez Teléfono: 3273220498

*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 Mery G identificado con documento de identidad 1193647 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 [ ]

Maria Isabel	Mery Gomez
Firma del Beneficiario	Firma del Padre de Familia/Acudiente/Cuidador

ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE DEPORTE Y RECREACIÓN	MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG) FICHA DE INSCRIPCIÓN BENEFICIARIOS DE PROGRAMAS	MMDS01.04.P002.F040	
		VERSIÓN	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: 1104833377

Fecha de Inscripción: 12/03/2026 Ficha No.: 3451

Nombre del Programa: Deporvida Modalidad/Disciplina: Atletismo

Punto de atención: Escuela Luis Fernando Llaveda

Comuna/Corregimiento: Saladito Barrio/Vereda: Saladito

Primer nombre: Melany Segundo nombre:

Primer apellido: Munoz Segundo apellido: Ortiz

Correo electrónico: Hepha-0911@Hotmail.com Fecha de Nacimiento: 11/09/2013

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 Mar Estrato: 01 Comuna:

Dirección de residencia: Av 8d oe 31 A 11 Complemento Dirección:

Teléfono Fijo / Móvil: 3207426463

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 Si [ ] No [ ] 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?

[ ] Si [x] No Si su respuesta es SI, indique ¿Cuál? _____

¿Toma Medicamentos?

[ ] Si [x] No Si su respuesta es SI, indique ¿Cuál?

Tipo de Sangre

Grupo Sanguíneo y RH: O+

¿Presenta algún tipo de discapacidad permanente?

[ ] Si [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] Si [ ] No Si su respuesta es SI, indique ¿Cuál? Sura

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 1107067744

Primer nombre: Stephania Segundo nombre:

Primer apellido: Ortiz Segundo apellido: Cabal

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

Fecha de Nacimiento: 0 7 / 1 0 / 1 9 9 7 Edad: 3 4 en años

Teléfono Fijo / Móvil: 3207926463 Correo electrónico: stchha-0711@hotmail.com

Parentesco: [x] Madre/Padre [ ] Hermana/Hermano [ ] Tia/Tio [ ] Abuela/Abuelo
[ ] Cuidador [ ] Otro ¿Cuál? _____

Melany Muñoz — Firma del Beneficiario

Stephania Ortiz — Firma Padre de Familia/Acudiente/Cuidador

Firma del Monitor(a)

Contacto de emergencia Nombre: Stephania O Teléfono: 3207926463

*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 Stephania O identificado con documento de identidad 1107067744 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 Muñoz — Firma del Beneficiario

Stephania Ortiz — Firma del Padre de Familia/Acudiente/Cuidador

ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE DEPORTE Y RECREACIÓN	MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG) FICHA DE INSCRIPCIÓN BENEFICIARIOS DE PROGRAMAS	MMDS01.04.P002.F040	
		VERSIÓN	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: 1109430806

Fecha de Inscripción: 12/03/2026 Ficha No.: 4042

Nombre del Programa: Deporvida Modalidad/Disciplina: Atletismo

Punto de atención: Escuela Luis Fernando Llorente

Comuna/Corregimiento: Saladito Barrio/Vereda: Saladito

Primer nombre: SANTIAGO Segundo nombre:

Primer apellido: CRIOLLO Segundo apellido: EVATO

Correo electrónico: santiagocriollo19@gmail.com Fecha de Nacimiento: 03/02/2013

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: Villa del Mar Estrato: 07 Comuna: 07

Dirección de residencia: Calle 20A Oeste # 6-56 Complemento Dirección: 3 piso

Teléfono Fijo / Móvil: 3136774099

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 [ ] Si [ ] No 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?

[ ] Si [X] No Si su respuesta es SI, indique ¿Cuál? _____

¿Toma Medicamentos?

[ ] Si [X] No Si su respuesta es SI, indique ¿Cuál?

Tipo de Sangre

Grupo Sanguíneo y Rh: O+

¿Presenta algún tipo de discapacidad permanente?

[ ] Si [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] Si [ ] No Si su respuesta es SI, indique ¿Cuál? Comfenalco

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 31577902

Primer nombre: Karola Segundo nombre:

Primer apellido: Erazo Segundo apellido: Chaves

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

Fecha de Nacimiento: 25 06 1980 Edad: 45 en años

Teléfono Fijo / Móvil: 3136774099 Correo electrónico: Karolachaves1980@gmail.com

Parentesco: [X] Madre/Padre [ ] Hermana/Hermano [ ] Tia/Tio [ ] Abuela/Abuelo
[ ] Cuidador [ ] Otro ¿Cuál? _____

Santiago Criollo. Karola Erazo

Firma del Beneficiario Firma Padre de Familia/Acudiente/Cuidador Firma del Monitor(a)

Contacto de emergencia Nombre: Karola erazo Teléfono: 3136774099

*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 Karola erazo identificado con documento de identidad 31577902 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 [ ]

Santiago Criollo. Karola Erazo

Firma del Beneficiario Firma del Padre de Familia/Acudiente/Cuidador

ALCALDIA 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: 1108048223

Fecha de Inscripción: 7 2 0 3 2 0 2 6 Ficha No.: 4044

Nombre del Programa: Deportida Modalidad/Disciplina: Atletismo

Punto de atención: escuela Luis Fernando Illoeda

Comuna/Corregimiento: Saladito Barrio/Vereda: Saladito

Primer nombre: Mariana Segundo nombre:

Primer apellido: Pengifo Segundo apellido: Puy

Correo electrónico: overudoriengifo@gmail.com Fecha de Nacimiento: 1 9 / 0 2 0 1 2

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: Tirzan Colorado Estrato: 0 1 Comuna: 0 1

Dirección de residencia: Palmal 1 Complemento Dirección:

Teléfono Fijo / Móvil: 3187750 68

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 Si No 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?

[ ] SI [X] No Si su respuesta es SI, indique ¿Cuál? _____

¿Toma Medicamentos?

[ ] Si [X] No Si su respuesta es SI, indique ¿Cuál?

Tipo de Sangre

Grupo Sanguíneo y RH: O+

¿Presenta algún tipo de discapacidad permanente?

[ ] Si [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] Si [ ] No Si su respuesta es SI, indique ¿Cuál? Coosanitas

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 7739595 9

Primer nombre: Overaldo Segundo nombre:

Primer apellido: Rengifo Segundo apellido: Acevedo

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

Fecha de Nacimiento: 1 9 0 8 1 9 7 3 Edad: 5 2 en años

Teléfono Fijo / Móvil: 3187875068 Correo electrónico: overaldorengifo@gmail.com

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

Mariana Rengifo P
Firma del Beneficiario

ORA
Firma Padre de Familia/Acudiente/Cuidador

Natalia
Firma del Monitor(a)

Contacto de emergencia Nombre: Overaldo R Teléfono: 3187875068

*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 Overaldo R identificado con documento de identidad 7739595 9 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 [ ]

Mariana Rengifo P
Firma del Beneficiario

ORA
Firma del Padre de Familia/Acudiente/Cuidador

ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE DEPORTE Y RECREACIÓN	MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG) **FICHA DE INSCRIPCIÓN BENEFICIARIOS DE PROGRAMAS**	MMDS01.04.P002.F040	
		VERSIÓN	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: 1117484850

Fecha de Inscripción: 12/03/2026 Ficha No.: 4819

Nombre del Programa: Deportivida Modalidad/Disciplina: Atletismo

Punto de atención: Ezwelu luis Fernando Ilaveda

Comuna/Corregimiento: Saladito Barrio/Vereda: Saladito

Primer nombre: Santiago Segundo nombre:

Primer apellido: Loaiza Segundo apellido: Montoya

Correo electrónico: Jhoan96522@gmail.com Fecha de Nacimiento: 20/08/2012

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: terron Colorado Estrato: 02 Comuna: 07

Dirección de residencia: Cll 30 oeste 6-105 Complemento Dirección: Apto 207

Teléfono Fijo / Móvil: 318 387 8903

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 Si [ ] No [ ] 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?

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

¿Toma Medicamentos?

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

Tipo de Sangre

Grupo Sanguíneo y RH: B+

¿Presenta algún tipo de discapacidad permanente?

[ ] Si [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] Si [ ] No Si su respuesta es Sí, indique ¿Cuál? Comfenalco

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 1143853606

Primer nombre: Katherin Segundo nombre:

Primer apellido: Loaiza Segundo apellido: Montoya

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

Fecha de Nacimiento: 2 0 0 3 1 9 9 4 Edad: 2 1 en años

Teléfono Fijo / Móvil: 3193878488 Correo electrónico:

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

Santiago L
Firma del Beneficiario

Katerin Loaiza M.
Firma Padre de Familia/Acudiente/Cuidador

Firma del Monitor(a)

Contacto de emergencia Nombre: Katerin L Teléfono: 3207426463

*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 Katerin L identificado con documento de identidad 1143853606 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 [ ]

Santiago L
Firma del Beneficiario

Katerin Loaiza M.
Firma del Padre de Familia/Acudiente/Cuidador

ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI DESARROLLO SOCIAL SERVICIO DE DEPORTE Y RECREACIÓN	MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG) **FICHA DE INSCRIPCIÓN BENEFICIARIOS DE PROGRAMAS**	MMDS01.04.P002.F040 VERSIÓN: 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: 1237740716

Fecha de Inscripción: 17/03/2016 Ficha No.: 4093
Nombre del Programa: Deporvida Modalidad/Disciplina: Atletismo
Punto de atención: Saludito escuela Luis Fernando Morales
Comuna/Corregimiento: Saludito Barrio/Vereda: Saludito
Primer nombre: Isabella Segundo nombre:
Primer apellido: Triviño Segundo apellido: Mejia
Correo electrónico: Isathiago0824@gmail.com Fecha de Nacimiento: 18/12/2014

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: Terron Colorado Estrato: 02 Comuna: 07
Dirección de residencia: Avenida 5 # 27-16 Complemento Dirección:
Teléfono Fijo / Móvil: 3182044093

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 Si / No 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?

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

¿Toma Medicamentos?

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

Tipo de Sangre

Grupo Sanguíneo y RH: A+

¿Presenta algún tipo de discapacidad permanente?

[ ] Si [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) [4] 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 1151441847

Primer nombre: Dayana Segundo nombre: Mamla

Primer apellido: Molina Segundo apellido: Molina

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

Fecha de Nacimiento: 30/6/1991 Edad: 34 en años

Teléfono Fijo / Móvil: 3182044043 Correo electrónico: 124thiago1812@gmail.com

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

Isabella Triviño
Firma del Beneficiario

Dayana
Firma Padre de Familia/Acudiente/Cuidador

Firma del Monitor(a)

Contacto de emergencia Nombre: Dayana Mamla Teléfono: 3182044043

*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 Mamla identificado con documento de identidad 1151441847 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 [ ]

Isabella Triviño
Firma del Beneficiario

Dayana
Firma del Padre de Familia/Acudiente/Cuidador