



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

ALCALDÍA LOCAL DE  
**KENNEDY**

**BOGOTÁ**

FORMATO DE INSCRIPCIÓN ESCUELAS DE FORMACIÓN, EVENTOS Y ACTIVIDADES DEPORTIVAS  
DATOS DEL PARTICIPANTE N°. DE FORMULARIO: \_\_\_\_\_

PARA DILIGENCIAR EL PRESENTE FORMULARIO TENER EN CUENTA LAS SIGUIENTES CONVENCIONES AL MOMENTO DE REGISTRAR LA INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS:

A. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	B. SEXO	C. ESTADO CIVIL	D. GÉNERO	E. ORIENTACIÓN SEXUAL
1. Cedula de Ciudadanía 13. Pasaporte 2. Cedula de extranjería 18. PEP 3. Tarjeta de identidad 19. Saivoconductor 4. Registro Civil 20. DNI 5. Sin identificación 21. PTP	1. Hombre 2. Mujer 3. Intersexual	1. Soltero-a 2. Casado-a 3. Unión libre 4. Separado-a / Divorciado-a 5. Viudo-a 6. Unión marital de hecho	1. Masculino 2. Femenino 3. Transgénero (Travesti, transexual, transformista) 4. No informa 5. No Binario	1. Heterosexual 2. Homosexual 3. Bisexual 4. No informa

**F. NIVEL EDUCATIVO ACTUAL**

1. Ambito familiar (Primera infancia) 2. Ambito institucional 3. (Jardines primera infancia) Preescolar	4. Básica primaria 5. Básica Secundaria y media 6. Técnico 7. Tecnológico	8. Universitaria incompleta (sin título) 9. Universitaria completa (con título)	10. Postgrado incompleto (sin título) 11. Postgrado completo (con título) 12. Ninguno
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------

NOMBRES Y APELLIDOS: Andres Camilo Horrelas Cadenas

TIPO DE DOCUMENTO T-1 NÚMERO IDENTIFICACIÓN: 1 1 4 1 8 5 0 9 3 9

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA: 21 MES: SEP AÑO: 2015 EDAD: 10 RH 0 + TALLA 14

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CL 80i #48-64 BARRIO: Britania UPL: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: 3103834856 E-MAIL: podmartinez03@gmail.com

SEXO: 1 ESTADO CIVIL: 1 GENERO: 1 ORIENTACIÓN SEXUAL: 1 NIVEL EDUCATIVO: 4

**GRUPO SOCIAL Y POBLACIONAL**

<p>GRUPO ÉTNICO</p> <p>AFRO <input type="checkbox"/> INDIGENA <input type="checkbox"/></p> <p>RACIAL <input type="checkbox"/> GITANO <input type="checkbox"/></p> <p>NINGUNO <input checked="" type="checkbox"/> MESTIZO <input type="checkbox"/> ROM <input type="checkbox"/></p>	<p>PERSONA EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD</p> <p>NINGUNO <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>FÍSICA <input type="checkbox"/> AUDITIVA <input type="checkbox"/></p> <p>VISUAL <input type="checkbox"/> COGNITIVA <input type="checkbox"/></p> <p>PSICO SOCIAL <input type="checkbox"/> MÚLTIPLE <input type="checkbox"/></p>	<p>ARTESANOS <input type="checkbox"/> DESPLAZADO <input type="checkbox"/></p> <p>EXTRANJEROS <input type="checkbox"/> OTRO (Cual) <input type="checkbox"/></p> <p>HABITANTE DE CALLE <input type="checkbox"/> NINGUNO <input checked="" type="checkbox"/></p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

COMPONENTE E F D - A C U K ACTIVIDAD O DEPORTE Lucha Olimpica

**REQUISITOS PARA INSCRIPCIÓN**

1. Formulario de inscripción diligenciado.
2. Fotocopia documento de identidad actualizado y legible.
3. Fotocopia certificado EPS o afiliación al sistema de salud vigente y/o FOSYGA.
4. Certificado de residencia con vigencia del 2026 y/o recibo publico
5. Encuesta estado de salud

<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Andrea Paola Cadena Velasco identificado con documento de identidad

No 103021016 en pleno uso de mis facultades mentales y legales como beneficiario o acudiente del menor de edad Andrés Camilo Huertas Cadena acepto las condiciones para la asistencia y las actividades que se desprendan de **LAS ESCUELAS DE FORMACIÓN Y ACTIVIDADES DEPORTIVAS REALIZADAS POR LA ALCALDIA LOCAL DE KENNEDY** las cuales se desarrollarán en los escenarios del sistema distrital de parques y espacios comunitarios de la localidad de Kennedy. Igualmente manifiesto que a la fecha me encuentro en óptimas condiciones y/o que mi acudido se encuentra en un estado óptimo de salud para el desarrollo de cualquier actividad física, recreativa o deportiva.

1. Que autorizo bajo mi propio riesgo y responsabilidad exonerando a la **ALCALDIA LOCAL DE KENNEDY**, de toda responsabilidad en caso de lesiones o accidentes durante el desarrollo de las clases y eventos. 2. De manera libre y voluntaria me comprometo a velar por mi asistencia o la asistencia de mi representado en 80% de la totalidad de las actividades programadas, para gozar de los beneficios que el evento me brinda, en caso de no hacerlo me sujeto a las decisiones que tome la organización en lo referente a mi participación o de mi representado. 3. Autorizo el uso de mis datos y/o de representados por parte de la **ALCALDIA LOCAL DE KENNEDY** y apruebo la toma y uso de material audiovisual. 4. En consecuencia, conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas reglamentarias aplicables, declaro que conozco y acepto la Política de Tratamiento y protección de datos personales de la Secretaría Distrital de Gobierno, y que la información proporcionada es verás, completa, exacta, actualizada y verificable. Además, reconozco y apruebo que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de los datos personales y/o de mi acudido, podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante **LA ALCALDIA LOCAL DE KENNEDY**, como responsable de dicho proceso; cuyo correo electrónico deportes.kennedy@gobiernobogota.gov.co aclarando que tengo plena conciencia de que con los datos proporcionados tengo el derecho de conocer, actualizar y rectificar los datos personales de mi acudido, además de solicitar prueba de este consentimiento, información sobre el uso que se le ha dado a estos datos, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de los mismos, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. Entiendo que los datos aquí consignados serán usados para temas estadísticos, de caracterización poblacional y en determinados casos para el acceso a la oferta institucional de la Secretaría Distrital de Gobierno. 6. Es aplicable los siguientes artículos de la constitución política colombiana, **ARTÍCULO 15 C.P.C.**, "Todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre, y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" **ARTÍCULO 20 C.P.C.**, "Se garantiza a toda persona la libertad de expresar y difundir su pensamiento y opiniones, la de informar y recibir información veraz e imparcial, y la de fundar medios de comunicación masiva. Estos son libres y tienen responsabilidad social", **ARTICULO 74 C.P.C.**, "Todas las personas tienen derecho a acceder a los documentos públicos, salvo los casos que establezca la ley."

DATOS DEL ACUDIENTE EN CASO DE ALGÚN INCIDENTE.

NOMBRE DE CONTACTO: Andrea Paola Cadena TELÉFONO: 3103834856  
PARENTESCO: madre OCUPACIÓN: informal

andrea cadena  
FIRMA DE ACUDIENTE Y/O  
BENEFICIARIO MAYOR DE EDAD

andres camilo huertas cadena  
FIRMA DE MENOR DE EDAD

**NOTA:** Quien no entregue los documentos completos de inscripción, no se tendrá en cuenta para el proceso de selección.





ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

ALCALDÍA LOCAL DE  
**KENNEDY**

**BOGOTÁ**

## ENCUESTA PARA LOS PARTICIPANTES DE EVENTOS Y ACTIVIDADES DEPORTIVAS

NOMBRES Y APELLIDOS: Andrés Camilo Huertas Cadena

TIPO DE DOCUMENTO I NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:

1 1 U 1 3 5 0 9 3 9

SI	No	ENCUESTA ESTADO DE SALUD PARA USUARIOS
	X	¿Le ha comentado su médico alguna vez que padece una enfermedad cardíaca y que sólo debe hacer aquella actividad física que le aconseje un médico?
	X	¿Siente dolor en el pecho cuando realiza algún tipo de actividad física?
	X	En el último mes, ¿ha tenido dolor en el pecho cuando no hacía actividad física?
	X	¿Pierde el equilibrio debido a mareos o se ha desmayado alguna vez?
	X	¿Tiene problemas en huesos o articulaciones (por ejemplo, espalda, rodilla o cadera) que puedan empeorar si aumenta la actividad física?
	X	¿actualmente toma algún medicamento para la tensión arterial o un problema cardíaco?
	X	¿Conoce alguna razón por la cual no debería realizar actividad física?

Si usted respondió:

<b>NO</b> a todas las preguntas	<b>SI</b> a una o más preguntas
<p><b>Puede comenzar</b> un programa de actividad física, de una forma razonablemente segura, siguiendo estas premisas:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Inicie a realizar más actividad física de una manera gradual y progresiva.</li><li>• Siga las recomendaciones sobre Actividad física para la Salud que establece la Organización Mundial de la Salud.</li><li>• Consulte con un profesional de la actividad física cualificado para que evalúe su condición física y planifique correctamente su actividad.</li></ul> <p>Es muy recomendable que evalúe también su tensión arterial. Si tiene más de 144/94, hable con su médico antes de iniciar el programa de actividad física.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Consulte con su médico antes de empezar un programa de actividad física, indicándole que realizó este cuestionario y las preguntas en las que respondió SI.</li><li>• Si usted es personal de la UZ (seguridad y salud), contacte con el Servicio de Vigilancia de la Salud y pida cita para un reconocimiento médico.</li><li>• Si usted no es personal de la UZ (seguridad y salud), puede consultar con su médico de cabecera o acudir a un especialista en Medicina del Deporte para realizarse un reconocimiento médico con prueba de esfuerzo.</li></ul>

ALERGICO A ALGUN MEDICAMENTO? CUAL NO

Nota: este cuestionario es válido para un máximo de 12 meses a partir de la fecha en que se completa y se convierte en inválido si su condición cambia de manera que usted debiera responder **SÍ** a cualquiera de las 7 preguntas.

REPUBLICA DE COLOMBIA  
 IDENTIFICACION PERSONAL  
 CEDULA DE CIUDADANIA  
 1.030.524.160  
 NUMERO  
 CADENA MARTINEZ  
 APELLIDOS  
 ANDREA PAOLA  
 NOMBRE  
  




IMPORTE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-DIC-1985

ORTEGA  
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50

ESTATURA

O+

GRUPO SANG

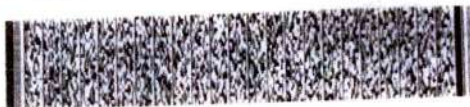
F

SEXO

19-MAY-2004 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

  
 REGISTRADOR NACIONAL  
 ALABARTO RODRIGUEZ LOPEZ



P-1500108-45129381-F-1030524160-20040916

05237042600 02 167982185

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.141.350.939  
HUERTAS CADENA

APELLIDOS  
ANDRES CAMILO

NOMBRES

Andres huertas

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 21-SEP-2015  
BOGOTA D.C.  
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO  
21-SEP-2033

FECHA DE VENCIMIENTO

27-SEP-2022 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+ M

G S RH SEXO

REGISTRO NACIONAL  
ALEXANDER HUERTAS CADENA

INDICE DERECHO



R-1500150-01392662-M-1141350939-20231107

0136935140A 1

8500899145



# ADRES

## ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Unica de Afiliados - BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

### Resultados de la consulta

#### Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	TI
NUMERO DE IDENTIFICACION	1141350739
NOMBRES	ANDRES CAMILO
APELLIDOS	HUERTAS CADENA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

#### Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACION DE AFILIACION	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	01/04/2019	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 03/17/2026 14:46:27 Estación de origen: 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Unica de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

**Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.**

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRESA CERRAR VENTANA

DOCUMENTO COMPROBANTE DE PAGO

Documento de Pago 2007384-6

TEL. SERVIDOR 1096949

Hola!

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

QUE SERRATO

Consejos para el uso eficiente de tu energía

Insíscríbete a familia virtual

Reporta de forma anónima

Reporta de forma anónima

Reporta de forma anónima

Reporta de forma anónima

Reporta de forma anónima

Reporta de forma anónima

Reporta de forma anónima

Reporta de forma anónima

Reporta de forma anónima

Reporta de forma anónima

Reporta de forma anónima

Reporta de forma anónima

Reporta de forma anónima

Reporta de forma anónima

Reporta de forma anónima

Reporta de forma anónima

Reporta de forma anónima

Reporta de forma anónima

Reporta de forma anónima

Reporta de forma anónima

Reporta de forma anónima

Reporta de forma anónima

Reporta de forma anónima

Reporta de forma anónima

Reporta de forma anónima

Reporta de forma anónima

Reporta de forma anónima

Reporta de forma anónima

Reporta de forma anónima

Reporta de forma anónima

Reporta de forma anónima

Cuida a tu familia, evita riesgos eléctricos.

El uso de energía puede causar accidentes y cortes de servicio.

Reporta de forma anónima

Reporta de forma anónima

Reporta de forma anónima

Reporta de forma anónima

Reporta de forma anónima

Reporta de forma anónima

Reporta de forma anónima

Reporta de forma anónima

Reporta de forma anónima

Reporta de forma anónima

Reporta de forma anónima

Reporta de forma anónima

Reporta de forma anónima

Reporta de forma anónima

Reporta de forma anónima

Reporta de forma anónima

Reporta de forma anónima

Reporta de forma anónima

Contáctanos | Puntos de atención Enel

315 540 6000

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Operador de

Operador de

Operador de

Operador de

Operador de

Operador de

Operador de

Operador de

Operador de

Operador de

Operador de

Operador de

Operador de

Operador de

Operador de

Operador de

Operador de

Operador de

Operador de

Operador de

Operador de

Operador de

Operador de

Operador de

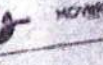
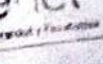
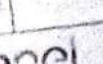
Operador de

Operador de

Código QR para pagar por PSE



Almacén de cadenas

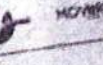


Red distrital RED CADE

Centro de servicio

enel

Dispositivos Códigos Códigos y Facturas



OPPO A80 5G