



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: 2

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

NOMBRES Y APELLIDOS: Valery Gómez Ocaña

TIPO DE DOCUMENTO T.I NÚMERO IDENTIFICACIÓN: 1013145456

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA: 14 MES: 07 AÑO: 2014 EDAD: 11 RH A+ TALLA 5

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CRA 89 BUS # 42-26J BARRIO: TINDALITO UPL: 82

TELÉFONO: 313 3890533 o 314 4281450 E-MAIL: duquemscueva@gmail.com

SEXO: 2 ESTADO CIVIL: 2 GÉNERO: 2 ORIENTACIÓN SEXUAL: 1 NIVEL EDUCATIVO: 5

GRUPO SOCIAL Y POBLACIONAL

GRUPO ÉTNICO	PERSONA EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD	AFILIACIÓN
AFRO <input type="checkbox"/>	FÍSICA <input type="checkbox"/>	AFILIADOS <input type="checkbox"/>
INDÍGENA <input type="checkbox"/>	MENTAL <input type="checkbox"/>	DESPLAZADO <input checked="" type="checkbox"/>
RAÍZA <input type="checkbox"/>	PSÍQUICA <input type="checkbox"/>	EXTRANJEROS <input type="checkbox"/>
OTRO <input type="checkbox"/>	COGNITIVA <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>
NINGUNO <input checked="" type="checkbox"/>	NINGUNO <input checked="" type="checkbox"/>	RESIDENTE DE CALLE <input type="checkbox"/>
VEGETAL <input type="checkbox"/>	FÍSICO <input type="checkbox"/>	NINGUNO <input type="checkbox"/>
ROSA <input type="checkbox"/>	MENTAL <input type="checkbox"/>	

COMPONENTE DEPORTES A LO K-ERO ACTIVIDAD O DEPORTE LUCHA Olímpica

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"/>



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

ALCALDÍA LOCAL DE
KENNEDY

BOGOTÁ

ENCUESTA PARA LOS PARTICIPANTES DE EVENTOS Y ACTIVIDADES DEPORTIVAS

NOMBRES Y APELLIDOS: WILSON GONZALEZ DUQUE

TIPO DE DOCUMENTO _____ NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:

1	0	1	3	1	4	5	7	5	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

SI	No	ENCUESTA ESTADO DE SALUD PARA USUARIOS
	<input checked="" type="checkbox"/>	¿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?
	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Siente dolor en el pecho cuando realiza algún tipo de actividad física?
	<input checked="" type="checkbox"/>	En el último mes, ¿ha tenido dolor en el pecho cuando no hacía actividad física?
	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Pierde el equilibrio debido a mareos o se ha desmayado alguna vez?
	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Tiene problemas en huesos o articulaciones (por ejemplo, espalda, rodilla o cadera) que puedan empeorar si aumenta la actividad física?
	<input checked="" type="checkbox"/>	¿actualmente toma algún medicamento para la tensión arterial o un problema cardíaco?
	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Conoce alguna razón por la cual no debería realizar actividad física?

Si usted respondió:

NO a todas las preguntas	SI a una o más preguntas
<p>Puede comenzar un programa de actividad física, de una forma razonablemente segura, siguiendo estas premisas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inicie a realizar más actividad física de una manera gradual y progresiva. • Siga las recomendaciones sobre Actividad física para la Salud que establece la Organización Mundial de la Salud. • Consulte con un profesional de la actividad física cualificado para que evalúe su condición física y planifique correctamente su actividad. <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"> • 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. • 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. • 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.

ALERGICO A ALGUN MEDICAMENTO? CUAL _____

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 SI a cualquiera de las 7 preguntas.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

ALCALDÍA LOCAL DE
KENNEDY

BOGOTÁ

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo: SANDRA PATRICIA DUCHE MORALES identificado con documento de identidad

No. 4067220 en pleno uso de mis facultades mentales y legales como beneficiario o acudiente del menor de edad VALERY GOMEZ 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: SANDRA POM TELÉFONO: 3133890533

PARENTESCO: MADRE OCUPACIÓN: CAJERO

FIRMA DE ACUDIENTE Y/O
BENEFICIARIO MAYOR DE EDAD

FIRMA DE MENOR DE EDAD

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



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

Información de afiliación en la Base de Datos Única 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
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1013145756
NOMBRES	VALERY
APELLIDOS	GOMEZ DUQUE
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	04/08/2014	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 02/23/2026 11:37:26 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**,

Para pagos y consultas
tu número de cliente es: **3357396-3**

No. Medidor: **2954119**

42538

Más clara,
más
amigable.
Así es tu
nueva
factura.

Diseño que
hace que tu
experiencia
sea aún
mejor.

Información
organizada
y fácil de
encontrar.

Oferta de
productos,
beneficios y
servicios
para tu
comodidad.

0.005 - Página 1 de 2

¡Hola!

ILMA JUDITH MELO
KR 89 BIS NO 42 SUR 26 PI 3
INTERNO
BOGOTÁ, D.C. - DINTALITO



Pago oportuno
27 FEB /2026

Fecha de suspensión
03 MAR/2026

Tu próxima lectura
16 MAR /2026

Periodo Facturado:
Del 10 ENE/2026
al 13 FEB/2026
29 días

Este mes tuvimos acceso a la **LECTURA DE TU MEDIDOR**
y tu **CONSUMO** de energía se encuentra dentro de lo habitual!

Tipo de Lectura: Real Ruta Lectura: 1 3 13 311 0635 Carga KW: 2,00 Estrato: 2
Clase de servicio: Residencial [Subclase: Básica]

1 3 13 301 9033

Consejos para el uso eficiente de tu energía



Ilumina con tecnología LED. Disfruta de espacios brillantes
y acogedores mientras ahorras energía todos los días.

Inscríbete a factura virtual



Regístrate en este código y recibe
tu factura por correo electrónico



Contáctanos | Puntos de atención Enel



315 890 6003
(Elena Bot o Asesor)

Enel Colombia

www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html

Emergencias 115
Operador Claro
Gratuito las 24 horas.

Regístrate gratis
en la página Web

App
Enel Clientes
Colombia

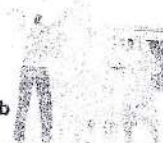
Trámites y solicitudes
enel.com.co/es/personas/radicaciones
Chat de servicio en
enel.com.co/es/personas

Operador de aseo
CIUDAD LIMPIA EORITIA S.A.
C.C.P.
Avenida Boyacá # 6 B - 20
Línea 110

**Cuida a tu familia,
evita riesgos eléctricos.**

El hurto de energía puede causar
accidentes, cortocircuitos
y fallas en el servicio.

Repórtalo de forma
anónima
al 601 514 0000
opción 2 o a través
de nuestra página web
enel.com.co



¿Cómo pagar tu factura?

Medios virtuales de pago

APP
banco

Cajero
electrónico

Internet

APP
Enel Clientes
Colombia

Código
QR para
pagar
por PSE

Almacenes
de cadena

Teléfono
banco

Botón de
pago online

Débito
automático

Botón
de pago



Plataforma virtual

Redes por

Nequi

MOVII

dale

tpaga

Red distrital
RED CADE

Centro
de servicio
enel

Unicramento Chía, Girardot y Facatativá

Corresponsales bancarios

CONRED

etécil

1000

Bancolombia

Revál

4/2

Selecty

Unicramento

MOVIRED



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 40.622.620

DUQUE MOSQUERA
APELLIDOS

SANDRA PATRICIA
NOMBRES

SANDRA P. DM
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 22-OCT-1981
CURILLO
(CAQUETA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56

A+

F

ESTATURA

G S. RH

SEXO

21-ABR-2002 CURILLO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMADELAZ RENGIFO LOPEZ

INDICE DERECHO



A-4401200-70142221-F-0040622620-20080719

04690 06200A 02 148797558

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.013.145.756

GOMEZ DUQUE

APELLIDOS

VALERY

NOMBRES

Valery Gomez Duque

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO
14-JUL-2032

FECHA DE VENCIMIENTO
15-OCT-2021 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

14-JUL-2014

A+

F

G S RH

SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER ZOLA RIVERA



P-1500150-01260644-F-1013145756-20211019

0075809191A 1

8503171371