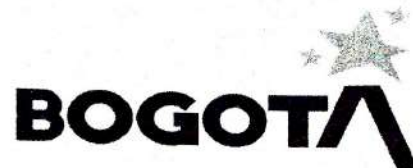




ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

ALCALDÍA LOCAL DE
KENNEDY



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 CONVENCIÓNES 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. Cédula de Ciudadanía 13. Pasaporte 2. Cédula de extranjería 18. PEP 3. Tarjeta de identidad 19. Salvoconducto 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) 2. Ámbito 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: GLORIA STELLA Nelo Nelo

TIPO DE DOCUMENTO CC 1. NÚMERO IDENTIFICACIÓN: 5 1 5 8 8 4 8 5

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA: 17 MES: DIC AÑO: 1960 EDAD: 64 RH: OT TALLA: L

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Cla 786 #5C #49125 BARRIO: Biraldilla UPL: 48

TELÉFONO: 3142854885 E-MAIL: _____

SEXO: 2 ESTADO CIVIL: 4 GÉNERO: 2 ORIENTACIÓN SEXUAL: 1 NIVEL EDUCATIVO: 5

GRUPO SOCIAL Y POBLACIONAL

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

COMPONENTE E.F.D - DEPORTE - ALD.K. ACTIVIDAD O DEPORTE Actividad Física

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo, Gloria Stella Melo Melo, identificado con documento de identidad

No. 51-588485 en pleno uso de mis facultades mentales y legales como beneficiario o acudiente del menor de edad _____ 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: Gloria Stella Melo Melo TELÉFONO: 43142854885
PARENTESCO: _____ OCUPACIÓN: Hogar

Gloria Stella Melo Melo

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.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

ALCALDÍA LOCAL DE
KENNEDY

BOGOTÁ

ENCUESTA PARA LOS PARTICIPANTES DE EVENTOS Y ACTIVIDADES DEPORTIVAS

NOMBRES Y APELLIDOS: Gloria Stella Flelo Flelo

TIPO DE DOCUMENTO C NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:

5 1 5 8 8 1 8 5

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:

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 Ninguno

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.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 51.588.485

MELO MELO

APELLIDOS

GLORIA STELLA

NOMBRES

Gloria Stella Melo
FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-DIC-1960

BOGOTÁ D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.61

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

31-MAY-1979 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALIMBO VACCA



A-1500150-00969127 F-0051588485-20180115

0059138135A 2

9902767307

PARA DILIGENCIAR EN

N. DE FORMULARIO:

Marzo 2026

Cuenta o referencia de pago

61070717

Fechas importantes

1 Pago oportuno 14 Abr. 2026

2 Fecha de suspensión 15 Abr. 2026

3 Período facturado Feb. - Mar. 2026

4 Emisión de tu factura 27 Mar. 2026

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONSUMO GAS	9M3	2.566,59	0,00	23.099,31
FLUJO	1UN	4.230,00	0,00	-4.230,00
AJUSTE DECENA	1UN	0,89	0,00	0,89
Revisión periódica obligatoria ras	1UN	107.500,00	0,00	107.500,00

1 - Total \$134.830,00

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A

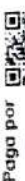
2 - Total \$0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3

\$134.830,0

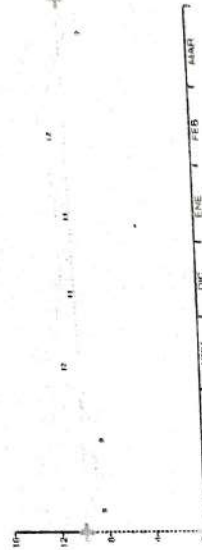
\$0,00

Paga por



Escanear el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial	Estrato/Cat. Tres	Días de consumo 27
Fecha	Lectura	Tipo
23 Feb. 2026	5748	REAL
21 Mar. 2026	5760	REAL

m³ corregido- 5760 - 5748 * Factor de corrección = 9

Tu próxima lectura será Entre 20 y el 25 de Abril

Novedades de tu factura

Después de la fecha de pago oportuna, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión \$82.580



(415)770999802625(8020)81070717(3900)00000000134830

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

28 Feb. 2031

La revisión de la instalación eléctrica es tu responsabilidad. Se debe en la revisión de un electricista autorizado. Resolución 059 de 2012 y 41.552 de 2017.

Tarifas

El valor por m³ de gas este mes es de \$2567.

Dic. \$2571 Ene. \$2544 Feb. \$2551

Tarifa regulada por la Comisión de Regulación de Energía y Gas (CREG).

Componentes tarifarios

Gm 1336,54	Tm 964,3	Dm 500,88	Cm 2566,59
Jo 64,87	Cum 0,0	Cufm 4230,0	Cuvm 2566,59
Com 0,0	Fcom 42,475	Daum 0,0	Daumr 0,0

Factor de corrección

Vm 12	Kp 0,76786	Kc 1,00615	Pc 0,77152
Vc 9	Tm 14,08	Tc 15,26	Pa 1,01005
Pa 0,752	Pm 0,0234	Pc 0,77152	

Factor de corrección: 0,77152

Indicadores de calidad

PRST: 100,0	DSS: 0,0	SC: 100,0	PM: 100,0
-------------	----------	-----------	-----------





**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7**

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) GLORIA STELLA MELO MELO identificado(a) con Cedula Ciudadania 51588485, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Pensionado según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20180301	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 13 días del mes de Abril de 2.026

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
32101640

CER-AFI