

SISTEMA DISTRITAL DE DISCAPACIDAD

FORMULARIO ÚNICO DE INSCRIPCIÓN PARA LA POSTULACIÓN GALA DE EXALTACION Y RECONOCIMIENTO 2025

Lea atentamente las siguientes instrucciones antes de diligenciar el formulario

- Puede postularse, **únicamente a una sola categoría**, mediante una experiencia/práctica/iniciativa/proyecto. Antes de diligenciar este formulario debe revisar los requisitos y las condiciones de la convocatoria establecidos.
- Tenga en cuenta que todos los campos señalados son de obligatorio diligenciamiento, el formulario debe diligenciarse completo (no debe faltar ninguna hoja). Si el formulario está incompleto o no cuenta con toda la información solicitada, la inscripción no será tenida en cuenta. No se aceptarán formularios a los que les falte por diligenciar alguno de los ítems solicitados. No modifique los campos sugeridos en este formulario.
- Para que su postulación sea válida, asegúrese de diligenciar el formulario en su totalidad, incluyendo las casillas al final mediante las cuales acepta los términos y condiciones y el tratamiento de datos personales, dado que con este documento el postulante acepta y se obliga plenamente a cumplir con las condiciones y requisitos establecidos en esta convocatoria y en las normas legales vigentes que le sean aplicables. Firme el formulario al final en el espacio señalado.
- No se recibirán postulaciones de personas/ agrupaciones/ colectivos sociales, que hayan sido galar-donadas en el año 2024. Lo anterior con el propósito de fomentar, propiciar y visibilizar nuevas prác-ticas, experiencias y proyectos de inclusión, empoderamiento, liderazgo de las personas con disca-pacidad, sus familias, personas cuidadoras de personas con discapacidad y sus colectivos sociales.
- Solo se recibirán postulaciones en formato PDF. Formularios en formato JPG, Excel, Word u otros formatos NO serán admitidos.
- No se aceptarán formularios que correspondan a postulaciones a nombre de una tercera persona, solo a nombre propio.
- La calidad de la información que diligencie en el formulario afectará de manera positiva o negativa, según sea el caso, al postulante. Intente suministrar la mayor información posible sobre lo requerido.
- En caso de requerir soporte técnico, podrá solicitarlo directamente escribiendo al número de WhatsApp 3203018907 en horario de 8 am a 5 pm de lunes a viernes hasta el cierre de la fase de inscripción y postulación del 2025.
- Tenga en cuenta que el alto flujo de registros en las últimas horas del plazo establecido, cercanas al momento de cierre de la convocatoria, pueden afectar el correcto funcionamiento de la página dis-puesta para este proceso. En este sentido, la Comisión de la Gala de Exaltación y Reconocimiento que lidera esta convocatoria no se hace responsable por este tipo de dificultades. Se recomienda que la inscripción se haga con la debida anticipación.
- **NOTA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA:** En caso de ser una propuesta pre-sentada por personas con discapacidad auditiva, puede dar respuesta a este formulario mediante un video en lengua de señas colombiana, que pueda consultarse en un enlace web activo y que prefe-riblemente pueda visibilizarse en YouTube, Vimeo, o a cualquier otro servicio de almacenamiento en



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SISTEMA DISTRITAL DE DISCAPACIDAD

la nube (Google Drive, OneDrive, Dropbox, etc) que permita la visualización o lectura sin ningún tipo de restricción (sin contraseña).				
INFORMACIÓN DE LA CATEGORÍA A LA CUAL SE INSCRIBE				
Categoría				
INFORMACIÓN DEL POSTULADO				
2. Nombres y Apellidos				
3. Fecha de Nacimiento				
4. Documento de identidad (marque con una X la información que corresponda a su respuesta)	C.C. ____ Pasaporte ____ Número ____			
5. Discapacidad (marque con una X la información que corresponda a su respuesta)	Física ____ Visual ____ Auditiva ____ Psicosocial ____ Intelectual ____ Sordo ceguera ____ Múltiple ____			
6. Ocupación (marque con una X la información que corresponda a su respuesta)	Empleado ____ Independiente ____ Desempleado ____ Estudiante ____			
7. Nombre de la Organización (Si aplica)	<table><tr><td></td><td>Nit</td><td></td></tr></table>		Nit	
	Nit			
8. Localidad de residencia				
9. Dirección de Residencia				
10. Teléfono Fijo y /o Celular (del postulado)				
11. Correo electrónico (del postulado)				
REGISTRO DE EVIDENCIAS EN REDES SOCIALES Frente a cada opción, Incluir enlace de la red o redes sociales pertinentes				
13. X (Si aplica)				
14. Instagram (Si aplica)				
15. Página web, vínculo blog (Si aplica)				
16. Video debe ser subido en formato MP4 en plataformas YouTube, Vimeo o en otras plataformas de fácil acceso.				



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SISTEMA DISTRITAL DE DISCAPACIDAD

INFORMACIÓN POSTULACIÓN

Se debe dar respuesta a cada uno de los puntos

1. Describa la iniciativa, experiencia y/o proyecto con el cual se postula, destacando principalmente la originalidad de la propuesta, su pertinencia en el contexto local y cómo este responde a una problemática, interés o necesidad identificada en el territorio para la población con discapacidad. Describa en un párrafo no mayor a 250 palabras. ** campo obligatorio*

Inserte a continuación en este espacio, **máximo tres evidencias** que den cuenta de la iniciativa, experiencia y/o proyecto descrito en el punto anterior. Podrá incluir registros fotográficos, noticias o notas de prensa, en formato JPG, enlace de videos alojados en plataformas abiertas que incluyan fecha y un breve contexto.

** campo obligatorio*

2. Enuncie brevemente cómo la iniciativa, experiencia, práctica y/o proyecto, integra y promueve la participación y reconocimiento de la población con discapacidad y/o de personas cuidadoras de personas con discapacidad. Describa en un párrafo no mayor a 250 palabras. ** campo obligatorio*



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SISTEMA DISTRITAL DE DISCAPACIDAD

3. Destaque los logros o resultados alcanzados con la ejecución de la experiencia/práctica/iniciativa/proyecto, relacionando cambios, reconocimientos o transformaciones a favor de la población con discapacidad y/o personas cuidadoras y al mejoramiento de su calidad de vida. Describa en un párrafo no mayor a 250 palabras. * *campo obligatorio*

Podrá incluir registros de reconocimientos, certificaciones de participación, premios, medallas, piezas comunicativas noticias o notas de prensa, publicaciones en diarios, participación en exposiciones, eventos, distinciones entre otros, en el caso que cuente con ellas en formato JPG

4. Explique cómo la iniciativa, experiencia, práctica y/o proyecto, aporta en la visibilización de capacidades, talentos y/o destrezas de las personas con discapacidad y/o personas cuidadoras y aporta a la transformación de estereotipos e imaginarios frente a la discapacidad. Describa en un párrafo no mayor a 250 palabras. * *campo obligatorio*

SISTEMA DISTRITAL DE DISCAPACIDAD

5. Incluya en este espacio la presentación de la iniciativa/experiencia/práctica/proyecto, en enlace de video casero en formato horizontal de máximo dos (2) minutos. El video podrá ser alojado en una plataforma como YouTube/Vimeo o a cualquier otro servicio de almacenamiento en la nube (Google Drive, OneDrive, Dropbox, etc) que permita la visualización o lectura sin ningún tipo de restricción (sin contraseña). Tenga en cuenta los aspectos que debe incluir el video señalados en los términos de referencia de la presente convocatoria.

* *campo obligatorio*

Adjunte otras piezas comunicativas, publicaciones y demás documentación de conocimiento público (en caso de contar con ellas) donde se visibilice la iniciativa, experiencia, práctica y/o proyecto, con fecha y breve contexto. **Tenga en cuenta que se debe anexar soportes con vigencia superior a un año que permitan verificar el tiempo de implementación.**

DECLARACIÓN DE CONOCIMIENTO Y ACEPTACIÓN DE TÉRMINOS Y CONDICIONES

Para el registro de su inscripción se requiere la aceptación de términos y condiciones

* *campos obligatorios*

BASES DEL CONCURSO	SI	NO
Declaro que la información suministrada en el formulario y en el proceso de postulación, así como sus respectivos soportes anexos, son verídicos y han sido entregados a nombre propio.		
Acepto todas las disposiciones y condiciones que rigen en esta convocatoria, incluyendo las normas que regulan el tema de propiedad intelectual y derechos de autor.		
Acepto que el incumplimiento de las Bases o de los términos y condiciones puede derivar en la descalificación del participante.		
Autorizo a las entidades organizadoras, Secretaría de Gobierno, Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte e Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal-IDPAC, y en general a las entidades del Sistema Distrital de Discapacidad que de manera directa e indirecta intervenga en alguna de las fases de la presente convocatoria a utilizar o reproducir la información contenida en este documento, a través de diferentes medios, para los fines estrictos del concurso y para la elaboración de informes y reportes estadísticos, publicaciones impresas y digitales que pretendan recuperar, salvaguardar y difundir la memoria de las propuestas presentadas que se considere necesarias, de acuerdo a lo dispuesto en la ley 1581 de 2013.		
Acepto y me comprometo plenamente a cumplir con los requisitos de esta convocatoria las cuales se encuentran establecidas en el anexo criterios de selección y en las normas legales vigentes que le sean aplicables.		
Autorizo a la Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte, y/o Secretaría Distrital de Gobierno, al Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal-IDPAC y a la Secretaría Distrital de Planeación, como responsable de los datos personales obtenidos a través del presente formulario para recolectar, transferir, almacenar, usar, circular,		



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SISTEMA DISTRITAL DE DISCAPACIDAD

suprimir, compartir, actualizar y transmitir lo relacionado con el tratamiento de los datos personales y el ejercicio de los derechos mencionados de acuerdo con Decreto 1377 de 2013, reglamentario de la Ley 1581 de 2012			
FIRMA PERSONA QUE REGISTRA LA POSTULACION _____ Nombre: Cedula:			