

	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE BARRANCABERMEJA "CAFABA"		
	INSCRIPCIÓN EDUCACIÓN NO FORMAL Y CONTINUA		
	Código: 20110-Re-059	N° Revisión: 1	

Aprobado mediante Resolución 0824 de 2010 y Resolución 0247 de 2023 de la Secretaría de Educación del Municipio de Barrancabermeja.																																						
NOMBRE DE LA OFERTA ACADÉMICA:																																						
FECHA DE INSCRIPCIÓN:																																						
DATOS PERSONALES																																						
NOMBRES:		APELLIDOS:																																				
TIPO DOCUMENTO: CC ____ T.I ____ RC ____ CE ____ PPT ____ Cédula de Ciudadanía (CC), Tarjeta de Identidad (TI) , Registro Civil (RC), Cédula de Extranjería (CE) Permiso por Protección Temporal (PPT)		NÚMERO DE DOCUMENTO:		EXPEDIDO EN:																																		
GENERO: M ____ F ____ LGBTI ____		ESTADO CIVIL:		TELÉFONO:																																		
DIRECCIÓN:				CORREO ELECTRÓNICO:																																		
AFILIADO: SI ____ NO ____		EDAD:																																				
		CATEGORIA: A () B () C () D () COTIZANTE ____ CONYUGE ____ BENEFICIARIO ____																																				
<table border="1"> <tr> <td rowspan="10"> NIVEL DE FORMACIÓN Preescolar Básica Básica Media Técnico Tecnólogo Pregrado Postgrado Ninguno </td> <td rowspan="10"> OCUPACIÓN Empleado Est. Básica / Media Estudiante superior Desempleado Independiente Pensionado (a) </td> <td rowspan="10"> MULTICULTURALIDAD Indígena Afro descendiente Desplazado Población de frontera Cabeza de familia Reinsertado Población room </td> <td colspan="3"> DISCAPACIDAD: </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> SI ____ NO ____ </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> ¿Cuál? </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> </td> </tr> </table>						NIVEL DE FORMACIÓN Preescolar Básica Básica Media Técnico Tecnólogo Pregrado Postgrado Ninguno	OCUPACIÓN Empleado Est. Básica / Media Estudiante superior Desempleado Independiente Pensionado (a)	MULTICULTURALIDAD Indígena Afro descendiente Desplazado Población de frontera Cabeza de familia Reinsertado Población room	DISCAPACIDAD:			SI ____ NO ____			¿Cuál?																							
NIVEL DE FORMACIÓN Preescolar Básica Básica Media Técnico Tecnólogo Pregrado Postgrado Ninguno	OCUPACIÓN Empleado Est. Básica / Media Estudiante superior Desempleado Independiente Pensionado (a)	MULTICULTURALIDAD Indígena Afro descendiente Desplazado Población de frontera Cabeza de familia Reinsertado Población room	DISCAPACIDAD:																																			
			SI ____ NO ____																																			
			¿Cuál?																																			
EMPRESA DONDE LABORA:			CARGO:																																			
DIRECCIÓN:			TELÉFONO:																																			
EN CASO DE EMERGENCIA INFORMAR A:			TELÉFONO:																																			
Apreciado usuario para el buen ejercicio de nuestros servicios dedicados a los cotizantes, afiliados y particulares (niños(as), jóvenes y adultos), se hace necesario que usted nos autorice el siguiente consentimiento: Yo, _____ identificado con tipo de documento de (CC) ____ (TI) ____ , (RC) ____ , (CE) ____ (PPT) ____ con número, _____. Doy mi consentimiento para la toma de fotos, muestras filmicas, declaraciones testimoniales uso de mi nombre o de mis beneficiarios, para la base de datos que requiere la corporación, como también la publicidad en las diferentes actividades y celebraciones dirigidas por el ITC- CAFABA. En cumplimiento a la Ley 1581 de 2012, reglamentada por el Decreto 1377 de 2013 y el Decreto 886 de 2014 y complementarios, manifiesto que autorizo de manera libre, previa y voluntaria a CAFABA, a tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir, los datos personales registrados, con fines informativos y de comunicación interna y externa, de acuerdo con el "Manual para el Tratamiento de la Información (1000-ma-002)" de la Caja de Compensación Familiar de Barrancabermeja - CAFABA. ACEPTO: _____ NO ACEPTO: _____																																						
La siguiente información aplica para las personas responsables, en caso de que el participante sea menor de edad.																																						
NOMBRES Y APELLIDOS DEL ADULTO RESPONSABLE:			TELÉFONO:																																			
No DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			DIRECCIÓN:																																			
INFORMACIÓN DE CÓMO SE ENTERO SOBRE LA OFERTA DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN																																						
Familiar o Amigo () Redes sociales () Página Web () Televisión o Radio () Funcionario de la Caja ()																																						
Control documental: Formulario Diligenciado () Fotocopia documento Identidad () Factura de pago: () (cuando se requiera, según procedimiento Código: 20110-pr-009)																																						
Firma del Afiliado y/o Usuario		Firma Coordinación		Firma Responsable del menor de edad (cuando aplique)																																		