



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE BARRANCABERMEJA "CAFABA"

INSCRIPCIÓN PROGRAMAS TÉCNICO LABORAL

Código: 20110-Re-001

N° Revisión: 7

Pág. 1 de 1

INSTITUTO TÉCNICO CAFABA

Aprobado mediante Resolución 0824 de 2010 y renovado mediante Resolución 571 de 2015 de la secretaría de Educación del Municipio de Barrancabermeja; Resolución 0540 de 2018 de la Secretaría de Educación del Municipio de Barrancabermeja.

Foto
(Solo Programas Técnicos)

PROGRAMA: _____

FECHA DE INSCRIPCIÓN: _____

Ha realizado estudios previos de este tema? SI NO

DATOS PERSONALES

NOMBRES:		APELLIDOS:	
TIPO DOCUMENTO: C.C. ____ T.I. ____ RC ____ C.E. ____ <small>Cédula de Ciudadanía (CC) , Tarjeta de Identidad (TI) , Registro Civil (RC) , Cédula de Extranjería (CE)</small>	NÚMERO DOCUMENTO:	EXPEDIDO EN:	FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: DD ____ MM ____ AAAA LUGAR _____
GENERO: M ____ F ____	ESTADO CIVIL:	TELÉFONO:	CORREO ELECTRÓNICO:
AFLIADO: SI ____ NO ____	CATEGORIA: A () B () C () D ()	COTIZANTE ____ CONYUGE ____ BENEFICIARIO ____	
NIVEL DE FORMACIÓN	OCUPACIÓN	ESTRATO	MULTICULTURALIDAD
Media	Empleado	SISBEN	Indígena
Pregrado	Est. Básica / Media		Afro descendiente
Postgrado	Estudiante superior		Desplazado
Ninguno	Desempleado		Población de frontera
<small>Podrán acceder personas que hayan cursado y aprobado noveno grado</small>	Independiente		Cabeza de familia
			Reinsertado
			Población room
EMPRESA DONDE LABORA:		CARGO:	
DIRECCIÓN:		TELÉFONO:	
EN CASO DE EMERGENCIA INFORMAR A:		TELÉFONO:	

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) _____ con número, _____, Doy mi consentimiento para la toma de fotos, muestras fílmicas, 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 al "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 que el participante sea menor de edad.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ADULTO RESPONSABLE:	TELÉFONO:	CORREO ELECTRÓNICO:
No DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	DIRECCIÓN:	NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE LABORA:
ESTA AFLIADO A LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAFABA: SI ____ NO ____	FIRMA ADULTO REESPONSABLE:	

Control documental: Formulario Diligenciado () Fotocopia documento Identidad () Fotocopia Certificado y/o Diploma : () Factura de pago: ()
(cuando se requiera, según procedimiento Código: 20110-pr-009)

Firma del Estudiante	Firma Coordinación Académica	Firma Responsable del menor de edad (cuando aplique)
----------------------	------------------------------	---

Aprobado por: Coordinador ITC

Fecha de Aprobación: 01 de agosto de 2022