



FICHA DE INSCRIPCION PROGRAMA JEC

Version: 02

F-SE-09

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL AMAZONAS

Fecha de aprobación: 04/01/2016

PROGRAMAS ESPECIALES

Página 1 de 2

La Jornada Escolar Escolar Complementaria, JEC de la Caja de Compensación Familiar del Amazonas, CAFAMAZ es un programa que complementa los desarrollos curriculares de los establecimientos educativos. El objetivo de estos programas es orientar pedagógicamente la utilización del tiempo libre en actividades que fortalezcan las competencias básicas y ciudadanas especialmente en los niños, niñas y jóvenes especialmente en condición de mayor vulnerabilidad (Circular Externa Interinstitucional MEN - SSF de 2009)

MODALIDAD	MUNICIPIO/CORREGIMIENTO/COMUNIDAD	FECHA	
<b>DATOS DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE</b>			
NOMBRES			
APELLIDOS			
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	DE		
INSTITUCION EDUCATIVA	GRADO	JORNADA	
REGIMEN DE SALUD	<input type="checkbox"/> SUBSIDIADO	<input type="checkbox"/> CONTRIBUTIVO ESPECIFIQUE CUAL	
PADECE ALGUN TIPO DE ENFERMEDAD, ALERGIA O NUTRICION ESPECIAL?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
ESPECIFIQUE CUAL			
<b>CATEGORIA DE AFILIACION A LA CAJA</b>			
Beneficiarios del Programa JEC: adolescentes escolarizados, en las edades comprendidas entre los catorce (14) a diecisiete (17) años que estén matriculados en los grados noveno 9° y decimo 10°, de los estratos uno (1) y dos (2) del SISBEN y la población beneficiaria de menores ingresos, afiliada a la Caja de Compensación Familiar” Ley 789 de 2002 - Circular Externa Interinstitucional 05 de 2011 Ministerio de Educación Nacional - Superintendencia del Subsidio Familiar			
<input type="checkbox"/>	A (Hasta 2 smlmv)	<input type="checkbox"/> D (Particular o no afiliado)	<input type="checkbox"/> O (Alianza o Convenio)
GRUPO ETNICO	<input type="checkbox"/> AFRODESCENDIENTE	<input type="checkbox"/> INDIGENA	<input type="checkbox"/> OTRA, CUAL? _____
<b>SITUACION ACTUAL ESPECIAL</b>			
<input type="checkbox"/> POBLACION EN SITUACION DE DESPLAZAMIENTO FORZOSO	<input type="checkbox"/> PERSONA CON DISCAPACIDAD		
<input type="checkbox"/> POBLACION EN SITUACION DE VULNERABILIDAD (SISBEN)	<input type="checkbox"/> RED UNIDOS		
<b>DATOS PERSONALES DEL PADRE - MADRE Y/O ACUDIENTE</b>			
NOMBRE COMPLETO DEL PADRE		DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
NOMBRE COMPLETO DE LA MADRE		DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
DIRECCION DE RESIDENCIA		BARRIO	
TELEFONOS DE CONTACTO	TELEFONO 1	TELEFONO 2	

### AUTORIZACION PARA EL ENVIO GRATUITO DE INFORMACIÓN

Autorizo de manera libre, expresa, voluntaria como titular de los datos personales suministrados en el presente formato para que la Caja de Compensación Familiar del Amazonas, CAFAMAZ realice el tratamiento respectivo de la información para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de procesar, validar, informar, requerir o compartir, información relevante sobre los servicios, procesos, actividades comerciales de CAFAMAZ con la necesidad de ejecutar los diferentes programas sociales y comerciales de la misma y todo lo relacionado con sus funciones, así mismo, para contactarme de manera directa e indirecta. Como titular de información entiendo que podré ejercer mis derechos de conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento y ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos. Lo anterior, bajo el cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

Autorizo el envío de información relacionada con los servicios o procesos de la Caja de Compensación Familiar del Amazonas Cafamaz por medio de: (Marque con una x)

Mensaje de texto a celular \_\_\_\_\_

Whatsapp \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN DE USO DE DERECHOS DE IMAGEN SOBRE FOTOGRAFÍAS Y FIJACIONES AUDIOVISUALES (VIDEOS) Y DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Autorizo de manera libre, expresa, voluntaria, la utilización de los derechos de imagen sobre fotografías o procedimientos análogos a la fotografía, o producciones Audiovisuales (Videos), así como los derechos patrimoniales de autor (Reproducción, Comunicación Pública, Transformación y Distribución) y derechos conexos de mi mejor hijo (a)

\_\_\_\_\_, identificado con \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, a la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL AMAZONAS - CAFAMAZ** para incluirlos en fotografías o procedimientos análogos a la fotografía, o producciones Audiovisuales (Videos).

La Autorización de los derechos antes mencionados no implica la cesión de los derechos morales sobre los mismos por cuanto en conformidad con lo establecido en el artículo 6 Bis del Convenio de Berna para la protección de las obras literarias, artísticas y científicas; artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, estos derechos son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables. Por lo tanto los mencionados derechos seguirán radicados en cabeza mía.

### CONDICIONES DE MATRICULA, ASISTENCIAS Y DEVOLUCIONES

Como padre de familia y/o acudiente, declaro que conozco las normas, horarios, sitios de atención y el instructor asignado por parte del programa **Jornada Escolar Complementaria**, para el desarrollo de las actividades; por lo anterior asumo la responsabilidad del ingreso y del retiro del niño/niña, una vez terminada la actividad, así como cualquier tipo de conducta irregular o incumplimiento de las normas por parte de mi hijo/a, aceptando toda responsabilidad sobre ello.

De igual manera, manifiesto que el alumno/a no padece ninguna enfermedad o patología que le impide realizar la actividad del programa con total normalidad.

Además, otorgo mi autorización para que participe en las actividades organizadas dentro del Programa Jornada Escolar Complementaria Cafamaz y me hago responsable de cualquier tipo de conducta irregular o incumplimiento de las normas por parte de mi hijo/a durante el transcurso de la misma, aceptando toda responsabilidad sobre ello.

Manifiesto conocer y aceptar las condiciones anteriormente descritas y la intención de participar en el Programa Jornada Escolar Complementaria Cafamaz durante el año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA REPRESENTANTE Y/O ACUDIENTE

VIGILADO SuperSubsidio

