



FECHA	DD	MM	AAAA	MUNICIPIO/CORREGIMIENTO/COMUNIDAD												
CATEGORÍA DE AFILIACIÓN CAFAMAZ			A	B	C	D (Particular o no afiliado)					O (Alianza o Convenio)					
			Programa Social		AIN		P.A.D	P.A.M	JEC	EFD	EFAC					
ESCUELA DE FORMACIÓN			DEPORTIVA		FORTALECIMIENTO DE ÁREAS			ARTÍSTICA/CULTURAL			Foto					
			COMPRENSIÓN LECTORA Y PENSAMIENTO LOGICO			ORIENTACIÓN VOCACIONAL										
PROGRAMA DE FORMACIÓN																
FUTBOL	BALONCESTO	INICIACIÓN MUSICAL			GUITARRA	TEATRO										
NATACIÓN	TECLADO/PIANO	ESTIMULACIÓN TEMPRANA			TÉCNICA VOCAL	DANZA										
DATOS PERSONALES DEL PARTICIPANTE																
NOMBRES Y APELLIDOS																
FECHA Y LUGAR NACIMIENTO			DD	MM	AA	EDAD			GENERO	MASCULINO	FEMENINO					
DOCUMENTO DE IDENTIDAD			R.C.	T.I.	C.C.	C.E.	No.	DE								
DIRECCION DE RESIDENCIA								BARRIO								
								RURAL	URBANO							
TELÉFONOS DE CONTACTO						CORREO ELECTRÓNICO										
RÉGIMEN DE SALUD		SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO		EPS/IPS	GRUPO SANGUÍNEO				RH						
DISCAPACIDAD		SI	NO		¿CUAL?											
GRUPO POBLACIONAL																
AFROCOLOMBIANO		INDÍGENA		PALENQUERO		RAIZAL SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA										
COMUNIDAD NEGRA		ROOM/GITANO		NO SE AUTO RECONOCE			NO DISPONIBLE									
FACTOR VULNERABILIDAD																
DESPLAZADO		VICTIMA CONFLICTO ARMADO			DESMOVLIZADO/REINSERTADO			NO APLICA								
DAMNIFICADO DESASTRE NATURAL			EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD			POBLACIÓN ZONA DE FRONTERA										
FORMACIÓN ACADÉMICA																
INSTITUCIÓN EDUCATIVA						GRADO		JORNADA								
						PRIVADA				PUBLICA						
DATOS PERSONALES DEL PADRE - MADRE Y/O ACUDIENTE																
NOMBRE DEL PADRE						C.C.										
OCUPACIÓN						TEL/CEL										
NOMBRE DE LA MADRE						C.C.										
OCUPACIÓN						TEL/CEL										
NOMBRE ACUDIENTE						C.C.										
OCUPACIÓN						TEL/CEL										
AUTORIZACIÓN PARA EL ENVÍO 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 USO DE DERECHOS DE IMAGEN SOBRE FOTOGRAFÍAS Y FIJACIONES AUDIOVISUALES (VIDEOS) Y DE PROPIEDAD INTELECTUAL
<p>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.</p>
CONDICIONES DE MATRICULA, ASISTENCIAS Y DEVOLUCIONES PARA ESCUELAS DE FORMACIÓN
<p>Para formalizar la matrícula, debe estar a paz y salvo con la Caja de Compensación Familiar del Amazonas, CAFAMAZ</p>
<p>El pago de la mensualidad se debe hacer dentro de los 5 (cinco) primeros días de cada mes. Una vez se realice el pago (inscripción, mensualidades, etc.) guardar los recibos para cualquier verificación de valores y así tener como hacerlos válidos. El pago deberá realizarse en Tesorería Sede Administrativa o en la Taquilla del Centro Recreacional, exigir el recibo o factura correspondiente.</p>
<p>Todo estudiante debe estar al día por concepto de matrícula y pagos de los programas de formación para garantizar el acceso a clase</p>
<p>No habrá reembolso total ni parcial del dinero pagado por concepto de matrícula o pensión. Una vez realizados los pagos no se harán devoluciones</p>
<p>La apertura de los programas ofertados está sujeta a la cantidad mínima de participantes establecida previamente</p>
<p>Cafamaz podrá cambiar el horario o fecha de un programa o cancelar el mismo por causas de caso fortuito o fuerza mayor, procediendo a comunicarse directamente con cada estudiante</p>
<p>Cuando por cualquier causa, el alumno desee hacer retiro voluntario del programa, deberá cumplir con los siguientes requisitos:</p> <ol style="list-style-type: none"> Presentar solicitud por escrito firmada por los padres y el alumno manifestando su deseo de retiro. Estar a Paz y Salvo por todo concepto. Para la escuela de formación deportiva, manifestar o presentar por escrito el destino de la transferencia, dado que las cartas de libertad según las normas deportivas son de exclusividad de los clubes legalmente constituidos y afiliados a las Ligas.
<p>En caso de presentarse algún accidente durante el desarrollo de las actividades, Cafamaz prestará los primeros auxilios, y se pondrá en contacto con los padres de familia y/o acudiente para que lo remitan a la entidad de seguridad social a la cual está inscrito.</p>
<p>Informar cualquier inconformidad ante las personas a cargo; si su inquietud no es solucionada diríjase a la Oficina de Atención al Cliente y Comunicaciones en la Sede Administrativa. De igual manera, se recomienda hacer uso del buzón de sugerencias para trámite de la PQRS respectiva.</p>
<p>Como padre de familia y/o acudiente, declaro que conozco las normas, horarios, sitios de atención y el instructor asignado 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 programada por CAFAMAZ, así como cualquier tipo de conducta irregular o incumplimiento de las normas por parte de mi hijo/a, aceptando toda responsabilidad sobre ello durante el transcurso de la misma, 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.</p>

VIGILADO SuperSubsidio

Manifiesto conocer y aceptar las condiciones anteriormente descritas y la intención de participar en el programa al cual me estoy matriculando.

FIRMA DEL PADRE/MADRE/ACUDIENTE

NOMBRE:
 Documento Identidad:
 Numero: