



INFORMACION PROGRAMA									
TIPO	Técnico		Curso	Taller	Seminario	Conferencia		Diplomado	
NOMBRE						JORNADA	Diurna	Nocturna	
DATOS PERSONALES									
NOMBRES					APELLIDOS				
GENERO	Maculino	Femenino	DOCUMENTO IDENTIDAD		C.C.	T.I	R.C.	C.E.	No.
ESTADO CIVIL	Soltero	Casado	Unión libre	Separado	Viudo				
OCUPACIÓN	Empleado		Estudiante		Desempleado		Independiente		
DISCAPACIDAD	Sordera Profunda		Hipoacusia		Lesión Neuromuscular		Paralisis		
	Baja visión		Ceguera		Deficiencia Cognitiva		Multiple		
DIRECCION RESIDENCIA						CIUDAD			
CORREO ELECTRONICO 1						TEL:			
CORREO ELECTRONICO 2						CEL:			
NIVEL FORMACIÓN	BACHILLER	6° <input type="radio"/> 7° <input type="radio"/> 8° <input type="radio"/> 9° <input type="radio"/> 10° <input type="radio"/> 11° <input type="radio"/>			TECNICO	PROFESIONAL	OTRO		
CATEGORIA AFILIACION	Titular	Beneficiario	A	B	C	D	OTRO (CUAL)		
DATOS LABORALES									
EMPRESA					NIT				
DIRECCION					TEL:				
CARGO					CEL:				
CORREO ELECTRONICO:									
DATOS DEL ACUDIENTE									
NOMBRE Y APELLIDOS					NUMERO DOCUMENTO				
EMAIL					TEL:				
DIRECCION RESIDENCIA					CEL:				
NOMBRE DE EMPRESA DONDE LABORA									
¿ESTA AFILIADO A LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL AMAZONAS?					SI		NO		
FORMA DE PAGO									
VALOR A PAGAR \$					VALOR EN LETRAS				
FORMA DE PAGO	EFECTIVO		CHEQUE		TARJETA CREDITO		CREDITO SOCIAL		
AUTORIZACION TRATAMIENTO INFORMACIÓN PERSONAL									
<p>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.</p>									
<p>autorizo el envío gratuito de información relacionada con los servicios o procesos de la caja de compensacion familiar del amazonas cafamaz por medio de:      Mensaje de Texto _____      Whatsapp _____      Correo Electronico _____</p>									



AUTORIZACION USO DERECHOS DE IMAGEN
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 a la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL AMAZONAS - CAFAMAZ, para ser utilizada en ediciones impresas y electrónicas, digitales, ópticas, en la Red Internet mensajes de datos o similar conocido o por conocer en el futuro. Tal uso se realizará por parte de la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL AMAZONAS – CAFAMAZ, para efectos de su publicación de manera directa, o a través de un tercero que se designe para tal fin. Los derechos aquí Autorizados se dan sin limitación geográfica o territorial alguna. SI _____ NO _____

INDIQUE EL MEDIO DE COMUNICACIÓN POR EL CUAL DE COMO SE ENTERO SOBRE LOS PROGRAMAS QUE OFRECE CAFAMAZ				
MENSAJE DE TEXTO	FOLLETO	RADIO	EMAIL	PERIODICO
PAGINA WEB	REFERIDO	VISITA COMERCIAL	OTRO ¿CUAL?	

Por favor tener en cuenta las siguientes **CONDICIONES DE MATRICULA, ASISTENCIAS Y DEVOLUCIONES** que se aplicarán para el desarrollo del programa en el cual usted se está matriculando:

CONDICIONES DE MATRICULA, ASISTENCIAS Y DEVOLUCIONES
1. Estar a paz y salvo con la Caja de Compensación Familiar del Amazonas, CAFAMAZ
2. Todo alumno debe haber cancelado o abonado a su matrícula para ingresar a clases
3. Los cursos/seminarios no conllevan a títulos o certificados, solo dan lugar a constancias de estudio. Numeral 5.8 Decreto 4904 de 2009
4. La apertura de los cursos/seminarios estan sujetos a la cantidad mínima de estudiantes establecida previamente por la Caja
5. 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 y realizar la devolución del dinero correspondiente en caso de ser necesario
6. Disposición Especial: No habrá reembolso total ni parcial del dinero pagado por concepto de inscripción para el Curso/Seminario en el cual se inscribe

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 ESTUDIANTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA COORDINADOR

\_\_\_\_\_  
FIRMA ACUDIENTE