|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DATOS PERSONALES BENEFICIARIO | | | | | | | | | | | Modalidad prestación:  Presencial Fecha de Inscripción: Virtual  Trabajo en Casa   Virtual y trabajo en casa | | | | | | | | | | | **N° Inscripción:** | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS (completos)** | | | | | | | | | | | | | | | **AFILIADO** | | | **SI** | | **NO** | | **CATEGORIA** | | |  |
| **EDAD** |  | | | **No. IDENTIFICACIÓN** | | |  | | | | **TIPO DE IDENTIFICACIÓN: R.C. T.I. C.C. C.E.** | | | | | | | | | | | | | | |
| **NACIONALIDAD** | | | | | | | | | | | **EPS AFILIADO** | | | | | | | | | | | | | | |
| **TIPO SANGRE** | |  | | **SEXO** |  | | | **ESTATURA** | | |  | | **PESO** |  | | **TALLA** | | |  | | | | | | |
| **LUGAR DE NACIMIENTO** | | | |  | | | | | | | **FECHA DE NACIMIENTO** | | | | | **AÑO** | | | | **MES** | | | **DIA** | | |
| **DIRECCIÓN** | | |  | | | **BARRIO** | | |  | | **TELEFÓNO** | | | | | **CIUDAD** | | | |  | | | | | |
| **NOMBRE DE PERSONA CON QUIEN CONVIVE** | | | |  | | | | | **PARENTESCO** | | | | | | | **SISBEN** | | | | | **PUNTAJE** | | | | |
|  | | | | |
| **PERTENENCIA ÉTNICA** | | | | AFROCOLOMBIANO | | |  | | INDIGENA |  | | RAIZAL | | |  | NO SE AUTORECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES | | | | | | | |  | |
| COMUNIDAD NEGRA | | |  | | PALENQUERO |  | | ROOM GITANO | | |  |
| **POBLACIÓN QUE PERTENECE** | | | | VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO | | |  | | EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD FISICA |  | | VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO Y EN CONDICION DE DISCAPACIDAD FISICA | | |  | EN CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO Y EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD FÍSICA | | | | | | | |  | |
| EN CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO | | |  | | VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO EN CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO |  | | VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO EN CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO Y EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD FÍSICA | | |  | NO APLICA NINGUNA DE LAS ANTERIORES | | | | | | | |  | |
| **FACTOR DE VULNERABILIDAD** | | | | DESPLAZADO | | |  | | VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO (NO DESPLAZADO) |  | | DESMOVILIZADO O REINSERTADO | | |  | HIJO(AS) DE DESMOVILIZADOS O REINSERTADOS | | | | | | | |  | |
| DAMNIFICADO DESASTRE NATURAL | | |  | | CABEZA DE FAMILIA |  | | HIJOS(AS) DEMADRES CABEZA DE FAMILIA | | |  | EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD | | | | | | | |  | |
| POBLACIÓN MIGRANTE | | |  | | POBLACIÓN ZONAS FRONTERA (NACIONAL) |  | | EJERCICIO DEL TRABAJO SEXUAL | | |  | NO APLICA | | | | | | | |  | |
| **TIPO DE DISCAPACIDAD (SI LA PRESENTA) SI NO**  **SI**  **NO**  **CUAL** | | | | | | | | | **CUAL** | | | | | | **ALERGICO A** | |  | | | | | | | | |

DATOS FAMILIARES DEL BENEFICIARIO

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE** | | | | | | |
| **TIPO DE IDENTIFICACIÓN: R.C: T.I.: C.C: C.E:** | | | | **N° IDENTIFICACIÓN:** | | |
| **TELEFÓNO** |  | **DIRECCIÓN** |  | | **BARRIO** |  |
| **NOMBRES Y APELLIDOS DEL PADRE** | | | | | | |
| **TIPO DE IDENTIFICACIÓN: R.C: T.I.: C.C: C.E:** | | | | **N° IDENTIFICACIÓN:** | | |
| **TELEFÓNO** |  | **DIRECCIÓN** |  | | **BARRIO** |  |
| **NOMBRES Y APELLIDOS DELACUDIENTE** | | | | | | |
| **TIPO DE IDENTIFICACIÓN: R.C: T.I.: C.C: C.E:** | | | | **N° IDENTIFICACIÓN:** | | |
| **TELEFÓNO** |  | **DIRECCIÓN** |  | | **BARRIO** |  |

MODALIDAD DE SERVICIO

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SELECCIONA EL PROGRAMA O MODALIDAD EN LA QUE SE INSCRIBE EL BENEFICIARIO** | | | | | | |
| **MODALIDADES AIN**  (Selecciona la modalidad y en la columna derecha el servicio) | | | | | **MODALIDADES JEC** | |
| INSTITUCIONAL |  |  | | | CIENCIA Y TECNOLOGÍA |  |
| FAMILIAR |  |  | | | BILINGÜISMO |  |
| COMUNITARIA |  |  | | | MEDIO AMBIENTE |  |
| PROPIA |  |  | | | LECTURA |  |
|  |  |  | | | DEPORTES |  |
|  |  |  | | | FORMACIÓN ARTÍSTICA Y CULTURAL |  |
|  | | | | | | |
| **OTROS PROGRAMAS** | | ADULTO MAYOR | | | ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA |  |
| DISCAPACIDAD | | | ESCUELAS DE FORMACIÓN ARTÍSTICA |  |
|  | | | NUTRICIÓN |  |
| *Sr. Padre de familia: para el buen ejercicio de nuestro trabajo dedicado a la niños(as) y jóvenes, se hace necesario que usted, como principal cuidador responsable nos autorice el siguiente consentimiento:*  *Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_identificado con cedula de ciudadanía número, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, acudiente del niño(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Doy mi consentimiento para la toma de fotos, muestras fílmicas, declaraciones testimoniales uso de mi nombre o el nombre de mis hijos/as, para la base de datos que requiere la corporación, como también la publicidad en las diferentes actividades y celebraciones dirigidas por CAFABA a los niños (as) pertenecientes al programa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Lo anterior se solicita para fines de control publicitario y entrega de informes técnicos en los diferentes convenios vigentes y así mismo se autorice la Salida de los niños(as) y jóvenes de las instituciones educativas a los eventos programados como son: Jornadas lúdico-recreativas, celebraciones especiales como: Día de la Niñez y la Recreación, Día de los Angelitos y Clausura del programa, salidas pedagógicas. (Cuando aplique).*  *Manifiesto que esta autorización la otorgo con carácter gratuito, por lo que entiendo que no recibiré ningún tipo de compensación, bonificación o pago de ninguna naturaleza.* | | | | | | |
| **AUTORIZACIÓN PADRE/ MADRE/ACUDIENTE (PARA MENORES DE EDAD)** | | | | | | |
| **NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS** | | | | **FIRMA CON Nº DE C.C** | | |
| **NOMBRE Y FIRMA DEL AGENTE EDUCATIVO / INSTRUCTOR QUE LE ATENDIÓ** | | | | | | |
| **NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS** | | | **FIRMA CON Nº DE C.C.** | | | |