

INSCRIPCIÓN PARA TALLERES COMPLEMENTARIOS	Código: F-SE-016	
	Versión: 00	
	Página: 1 de 2	

Señor aspirante debe tener en cuenta esta información

1. Esta Preinscripción no obliga a la institución a ingresarlo como estudiante es un proceso de identificación de aspirantes a los diferentes programas
2. El formulario debe entregarse con los siguientes documentos:
 - a. Fotocopia del documento de identidad al 150%
 - b. Ser mayor de 14 años
 - c. Fotocopia de la cuenta de servicios públicos
 - d. Estar inscrito SISBEN SOCIAL del municipio donde reside
 - e. Adquirir carné estudiantil y póliza de seguro estudiantil para el año

FORMULARIO DE PREINSCRIPCIÓN – TALLERES COMPLEMENTARIOS				
FECHA DE SOLICITUD				
DATOS PERSONALES	Apellidos		Nombres	
IDENTIFICACIÓN	TI Nro.		C.C Nro.	
DATOS NACIMIENTO	Fecha:	Lugar	Edad	
GÉNERO (MARQUE CON X)	Femenino:		Masculino:	
ESTADO CIVIL (MARQUE CON UNA X)	Casado(a)	Divorciado(a)	Separado(a)	Soltero(a)
	Unión Libre	Viudo(a)	Nro. Hijos	
REALIZA ACTIVIDADES DEPORTIVAS O CULTURALES	¿Cuál(es)?			
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Y SECTOR	Dirección:			
	Sector (Barrio o Vereda):			
OCUPACIÓN (MARQUE CON X)	Empleado:	Estudiante Educación Superior:	Independiente:	Desempleado:
DATOS LABORALES	Nombre y dirección empresa:			
	EPS:		Teléfono Empresa:	
	Actividad que realiza:			
DATOS DE CONTACTO	Teléfono Casa:		Celular:	
	Teléfono de un familiar:		Teléfono de un amigo:	
	Correo Electrónico:			
ESTRATIFICACIÓN	Estrato (cuenta de servicios):		Nivel SISBEN SOCIAL:	Puntaje o Rango:
NIVEL DE FORMACIÓN	Bachiller-nombre de la institución y año de terminación:			
	Técnico - nombre de la institución y año de terminación:			
	Educación Superior - Nombre de la Institución y año de terminación			
	Otro - Nombre de la institución y año de terminación:			

**INSCRIPCIÓN PARA TALLERES
COMPLEMENTARIOS**

Código: F-SE-016

Versión: 00

Página: 2 de 2



PREINSCRIPCIÓN A TALLERES COMPLEMENTARIOS

DISCAPACIDAD (marque con una x)	Ninguna:	Ceguera:	Hipoacusia a baja audición:	Parálisis cerebral:
	Deficiencia Cognitiva (Retardo en el desarrollo)	Lesión neuromuscular:	Baja visión diagnóstica:	
MULTICULTURIDAD (marque con una x puede señalar varios)	Ninguna:	Desplazado:	Cabezas de familia:	Indígena:
	Población de frontera:	Reinsertado:	Población Room:	Afro descendiente:

Firma aspirante: _____

Nro. Documento: _____