|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD** | **Código: FR-DA-GDE-0019** |
| **Versión: 1** |
| **REGISTRO DE ACTIVIDAD COMPLEMENTARIA Y****EXTRACURRICULAR** | **Vigencia: 04/01/2017** |
| **Extensión Villavicencio** | **Página 1 de 1** |

**DOCUMENTO CONTROLADO**

Diligencie con letra imprenta y en su totalidad, los espacios relacionados con su información personal. la información contenida en este registro, se manejará bajo estándares de respeto y confiabilidad. Debe adjuntar al presente, fotocopia del documento de identidad al 150%, soporte de afiliación a EPS o SISBEN, incapacidad médica que la excuse de realizas actividades programadas, autorización de los padres (menores).

|  |  |
| --- | --- |
| Ciudad: Fecha: | Número de Registro: |
| VINCULACION ACTUAL CON LA CORPORACION UNIVERSITARIA: NO SI  |
| PROGRAMA AL CUAL ESTA INSCRITO: |
| SEMESTRE ACTUAL: | JORNADA: |
| I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | IX | X | NA | DIURNA | NOCTURNA | SABATINA | NA |
| ACTIVIDAD COMPLEMENTARIA (Coloque una "x" en el enunciado que corresponda a su elección) CURSO SEMINARIO TALLER SALIDA PEDAGOGICA OTROCual?:  |
| NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: |
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombres |
| T.I. C.C. C.E. No. Expedida en N° CelularLibreta Militar No. Primera Clase Segunda Clase Distrito Militar |
| Estado Civil:Soltero(a) Casado(a) Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Unión Libre  | Genero.F M O  | Grupo y RH | EPS -SISBEN |
| Fecha de nacimiento |  | E-mail |  |
| Alergias , Alteraciones orgánicas, incapacidad o impedimento que le dificulten realizar las actividades programadas: |
| No  | Si Cual: |
| Dirección de Residencia | Departamento | Municipio | Teléfono |
|  |  |  |  |
| Nombre del Padre Teléfono | Nombre de la Madre Teléfono |
| Nombre del compañero(a) permanente | Teléfono |
| Nivel de estudios (Diligencie de acuerdo al último nivel alcanzado): Ninguno Primaria Básica (6°a 9°) Media (10°-11°) Técnica Tecnológica Universitaria Otro ¿Cuál?  |
| Empresa donde labora: (Diligencia sólo si se encuentra laborando) Nombre: NIT./CC No. Teléfono Fax  |
| PATROCINADO: NO SI NOMBRE DE LA EMPRESAFORMA DE PAGO Efectivo Recibo N° Cheque N°. Banco |