|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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 OTRO  Cual?: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Primer Apellido | | | | | | | | | Segundo Apellido | | | | | | | | | Nombres | | | | | | |
| T.I. C.C. C.E. No. Expedida en N° Celular  Libreta 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 EMPRESA  FORMA DE PAGO Efectivo Recibo N° Cheque N°. Banco | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |