



Regional Distrito Capital  
Sistema de Gestión de la Calidad

Centro de Tecnologías para la Construcción y la Madera

**FICHA DE INSCRIPCIÓN**

Fecha de diligenciamiento: \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año

**ATENCIÓN**

- Diligencie completamente esta ficha con letra clara
- Diligencie los campos en gris según le indique el instructor o el coordinador académico
- Fotocopie su Cédula de Ciudadanía o Tarjeta de Identidad en la parte inferior de esta ficha
- Los datos o documentos incorrectos, incompletos o ilegibles anulan su inscripción y matrícula

Nombre del Curso: \_\_\_\_\_ Tipo de Formación: TITULADA \_\_\_\_\_ COMPLEMENTARIA \_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_ T.I. \_\_\_\_\_ C.E. \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_ Libreta Militar: \_\_\_\_\_

Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Apellido: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

Sexo: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Departamento de nacimiento: \_\_\_\_\_ Municipio de nacimiento: \_\_\_\_\_

Departamento de domicilio: \_\_\_\_\_ Municipio de domicilio: \_\_\_\_\_ Dirección de domicilio: \_\_\_\_\_

Barrio o vereda: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Estrato: \_\_\_\_\_

Afiliación al SISBEN SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Nivel 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

JORNADA DIURNA \_\_\_\_\_ NOCTURNA \_\_\_\_\_ Empresa donde trabaja: \_\_\_\_\_

**CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN**  
(Marque con X la casilla correspondiente al tipo de población que pertenece)

- |   |   |  |                                       |                                     |
|---|---|--|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Demanda Social           | <input type="checkbox"/> Desplazados por la Violencia | <input type="checkbox"/> Trabajador Infantil | <input type="checkbox"/> Indígenas    | <input type="checkbox"/> Inpec      |
| <input type="checkbox"/> Contrato de Aprendizaje  | <input type="checkbox"/> Desplazados por desastres    | <input type="checkbox"/> Jóvenes Vulnerables | <input type="checkbox"/> Convenio     | <input type="checkbox"/> Negritudes |
| <input type="checkbox"/> CIE (Centro Inf. Empleo) | <input type="checkbox"/> Microempresarios             | <input type="checkbox"/> Menor Infractor     | <input type="checkbox"/> Reinsertados | <input type="checkbox"/> Ninguna    |
| <input type="checkbox"/> Indígenas Desplazados    | <input type="checkbox"/> Mujer Cabeza de Familia      | <input type="checkbox"/> Discapacitados      | <input type="checkbox"/> Artesanos    |                                     |

**ESTUDIOS:**  
Subraye el nivel más alto de estudios que posee y escriba el nombre de la institución donde lo obtuvo

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_

BÁSICO (1° a 9°)	MEDIO (10° a 11°)	SUPERIOR
Básica <input type="checkbox"/>	Académico <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/>	Técnico Profesional <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/>
No. de años cursados: _____	No. de años cursados: _____	No. de años cursados: _____

ACEPTO LA INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA DE FORMACIÓN SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

FIRMA DEL ASPIRANTE \_\_\_\_\_ DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN \_\_\_\_\_