



REGISTRO DE MATRICULA
Sede Armenia: Licencia de funcionamiento 1924 de agosto 3 de 2.012
Programas aprobados mediante resolución 1474 de Junio 07 de 2.018 y 1501, 1502,
1503 de Junio 12 de 2.018
Sede Dosquebradas: Licencia de funcionamiento 088 de enero 26 de 2.016
NIT. 900.523.933 - 6

FECHA DE INSCRIPCIÓN

DIA	MES	AÑO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS DEL PROGRAMA:

Programa al que se inscribe:		Jornada a la que se inscribe:	
Aux. Clínica y Reproducción Animal <input type="checkbox"/>	Aux. Contable y Servicio al Cliente <input type="checkbox"/>	Mañana <input type="checkbox"/>	Noche <input type="checkbox"/>
Aux. Act. Pecuarias y Agrícolas <input type="checkbox"/>	Aux. Atención Integral al Adulto Mayor <input type="checkbox"/>	Tarde <input type="checkbox"/>	Sabado <input type="checkbox"/>

DATOS PERSONALES:

Tipo de identificación CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	Número de identificación	Sitio de Expedición	Libreta Militar No
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	
Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AA <input type="text"/>	Departamento y Municipio de Nacimiento:	
Dirección de Domicilio:		Ciudad y Barrio de Domicilio:	
Estrato	EPS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cual: Sisben <input type="checkbox"/> Puntaje Sisben: Otro <input type="checkbox"/>	Pertenece a alguna multiculturalidad: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cuál:	
Teléfono Fijo y Celular:	Estado Civil:	N° de hijos:	Ocupación:
Discapacidad: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cuál:	Tipo de Sangre:		Medio de transporte:

ESCOLARIDAD:

Nivel de Estudios: Bachiller Noveno Grado Tecnico Tecnólogo Universitario

Institución donde Estudio Bachillerato:

Correo electrónico:

Tiene conocimientos previos del programa a ingresar: SI NO Esta dispuesto a realizar un examen exhaustivo práctico y teórico para homologar sus conocimientos: SI NO

Medio por el cual se entero de nuestros Servicios: (Diligenciado por CEDEC)

Fecha de Inicio al programa: (Diligenciado por CEDEC)

Observaciones

Para constancia de lo anterior lo firmo y acepto las condiciones expuestas por CEDEC conocidas plenamente por mi en el Manual de Convivencia de la Institución

DOCUMENTO DE IDENTIDAD No. _____

DE: _____

FIRMA