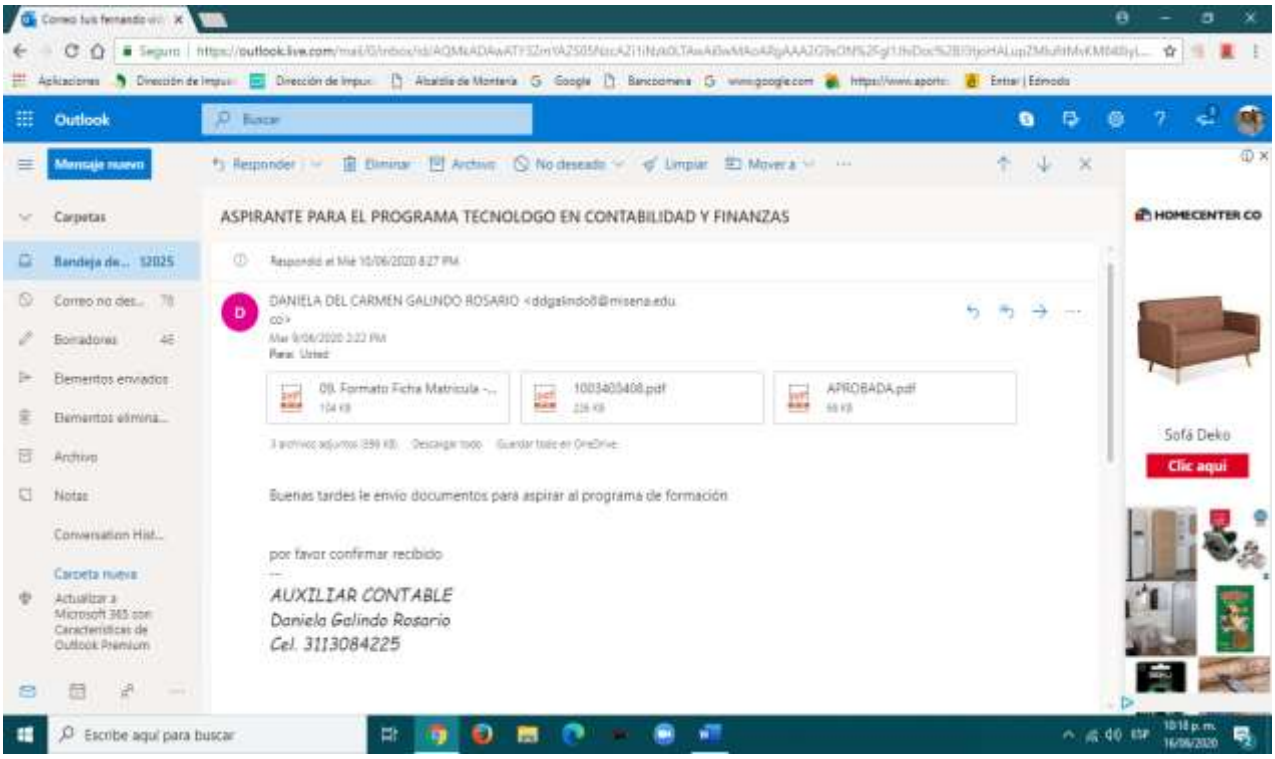
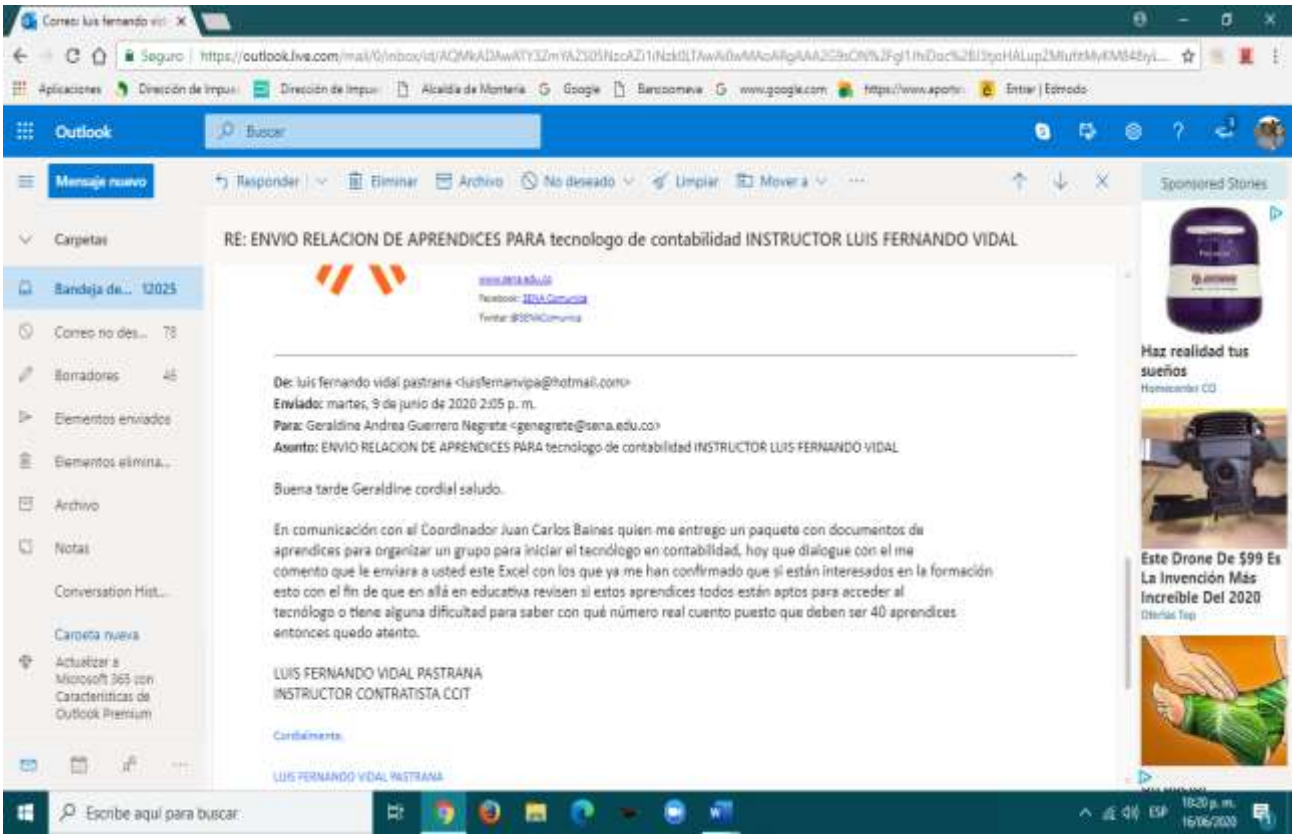
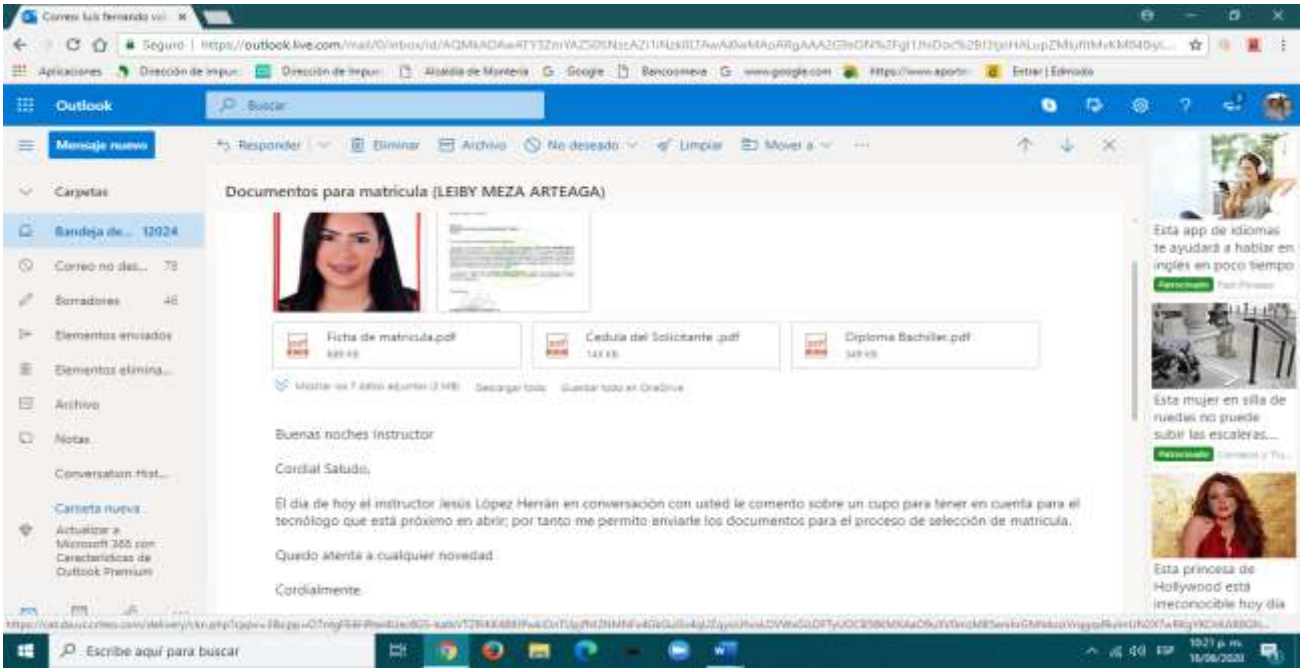
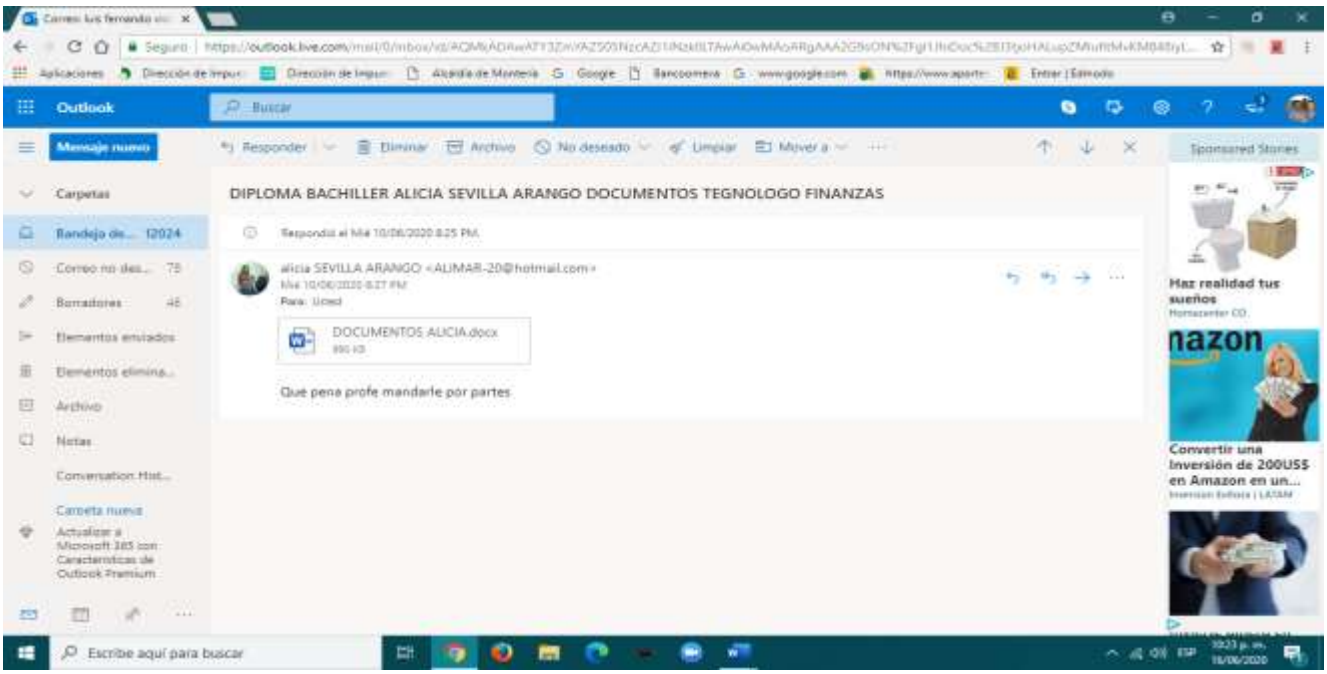
EVIDENCIAS
SEMANA: 07 AL 12 DE JUNIO DE 2020
INSTRUCTOR : LUIS FERNANDO VIDAL PASTRANA



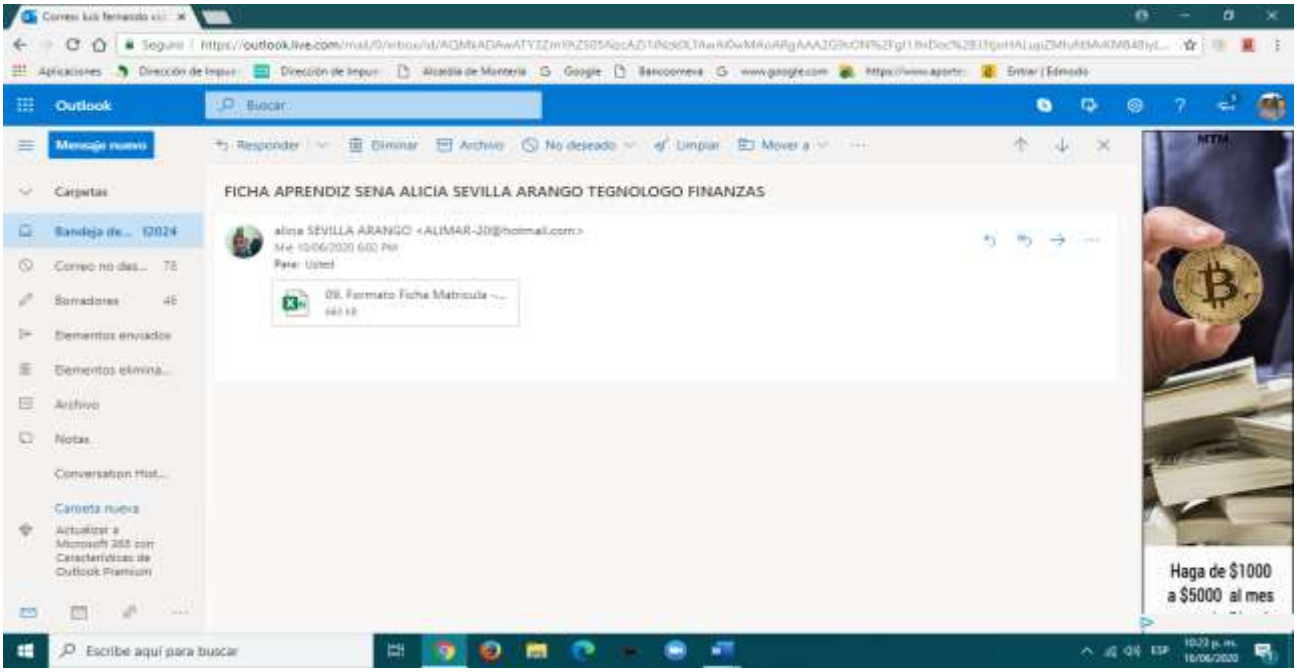


EVIDENCIAS
SEMANA: 07 AL 12 DE JUNIO DE 2020
INSTRUCTOR : LUIS FERNANDO VIDAL PASTRANA





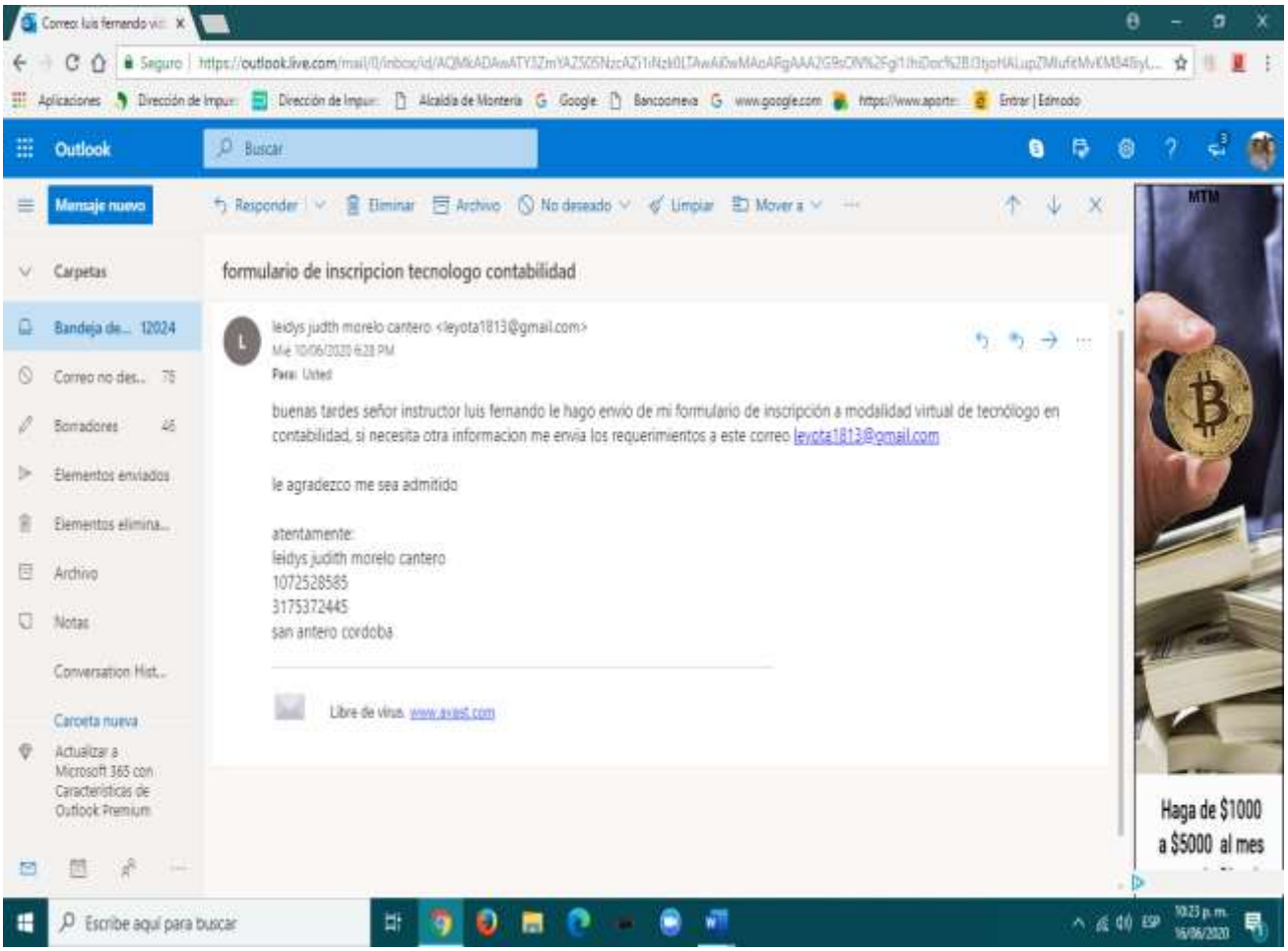
EVIDENCIAS
SEMANA: 07 AL 12 DE JUNIO DE 2020
INSTRUCTOR : LUIS FERNANDO VIDAL PASTRANA

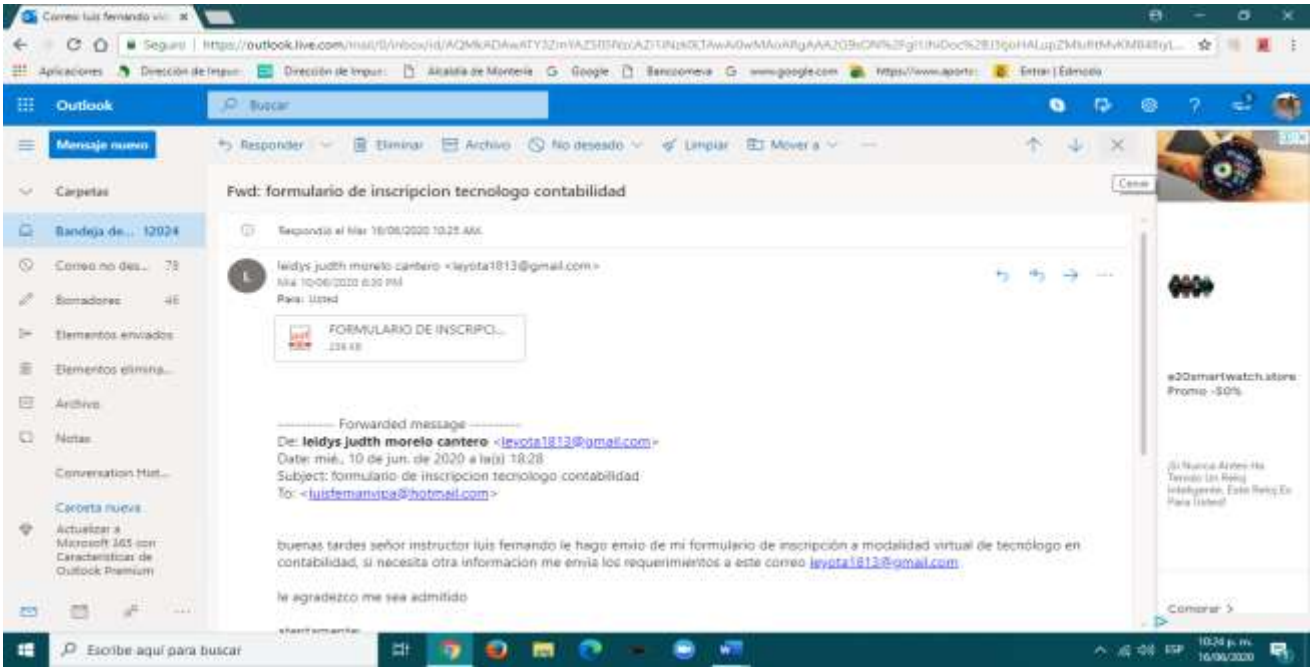


EVIDENCIAS

SEMANA: 07 AL 12 DE JUNIO DE 2020

INSTRUCTOR : LUIS FERNANDO VIDAL PASTRANA

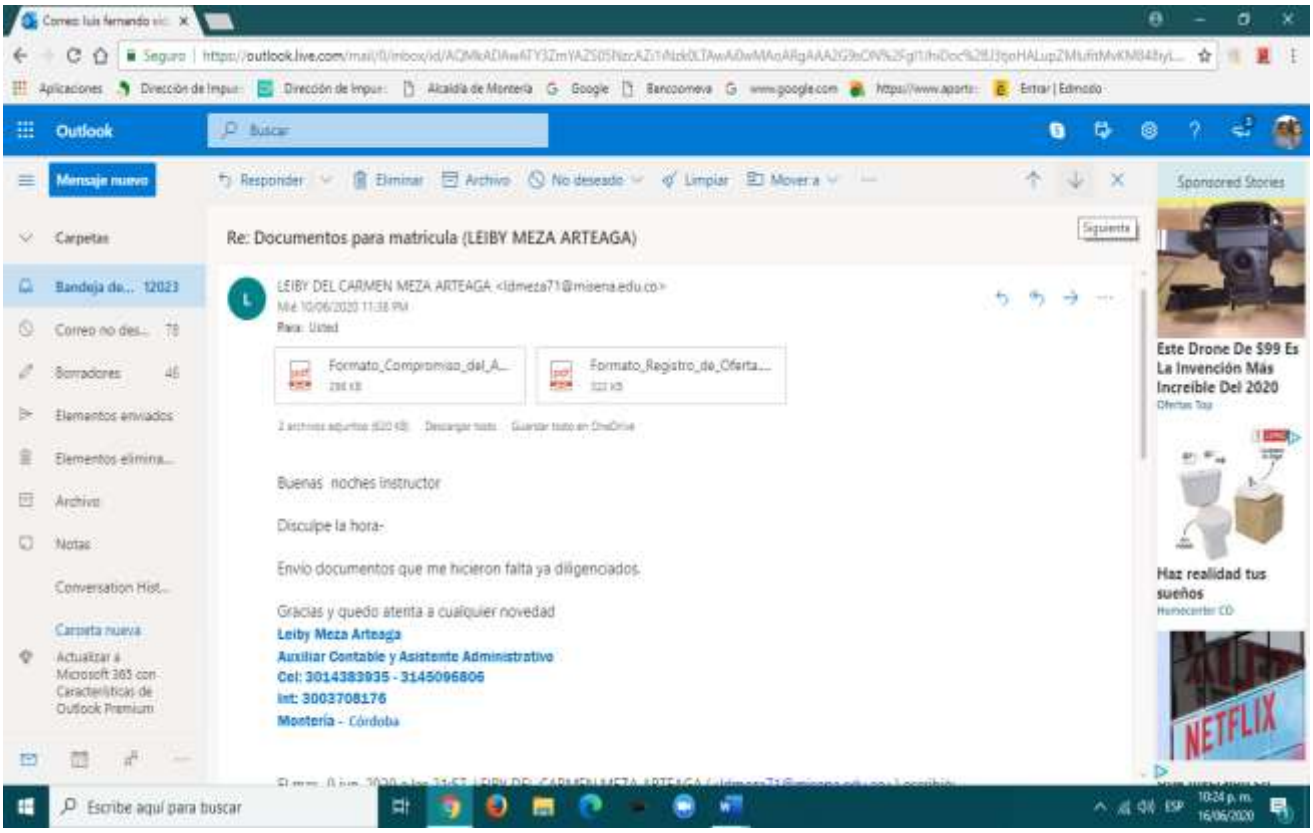


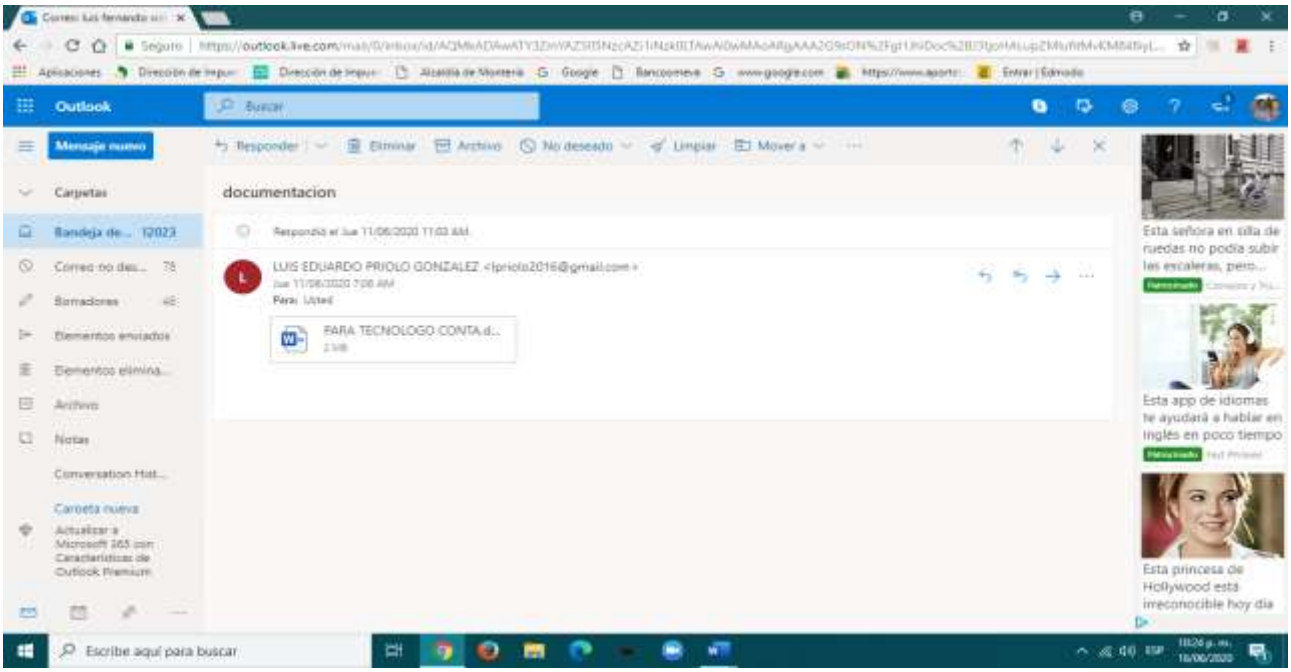


EVIDENCIAS

SEMANA: 07 AL 12 DE JUNIO DE 2020

INSTRUCTOR : LUIS FERNANDO VIDAL PASTRANA

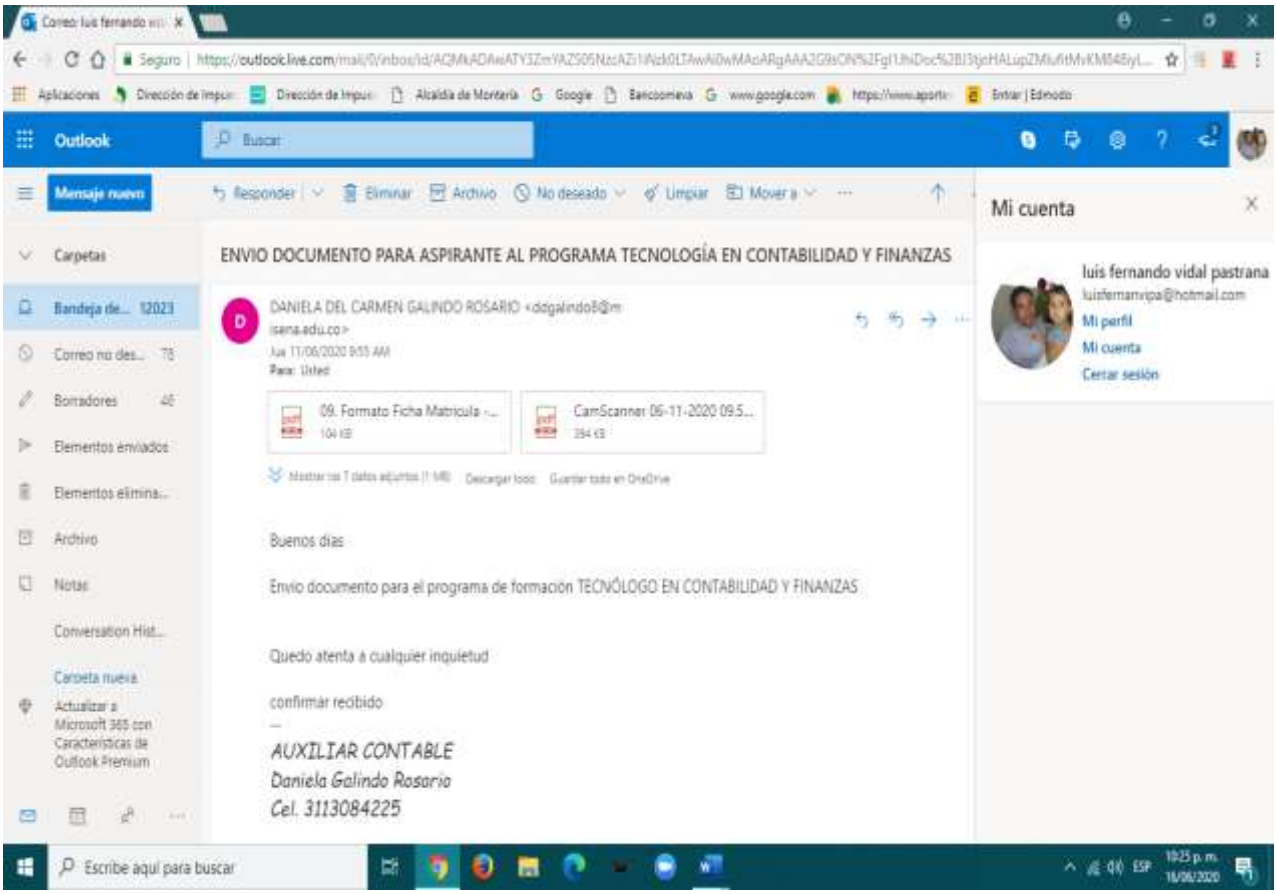


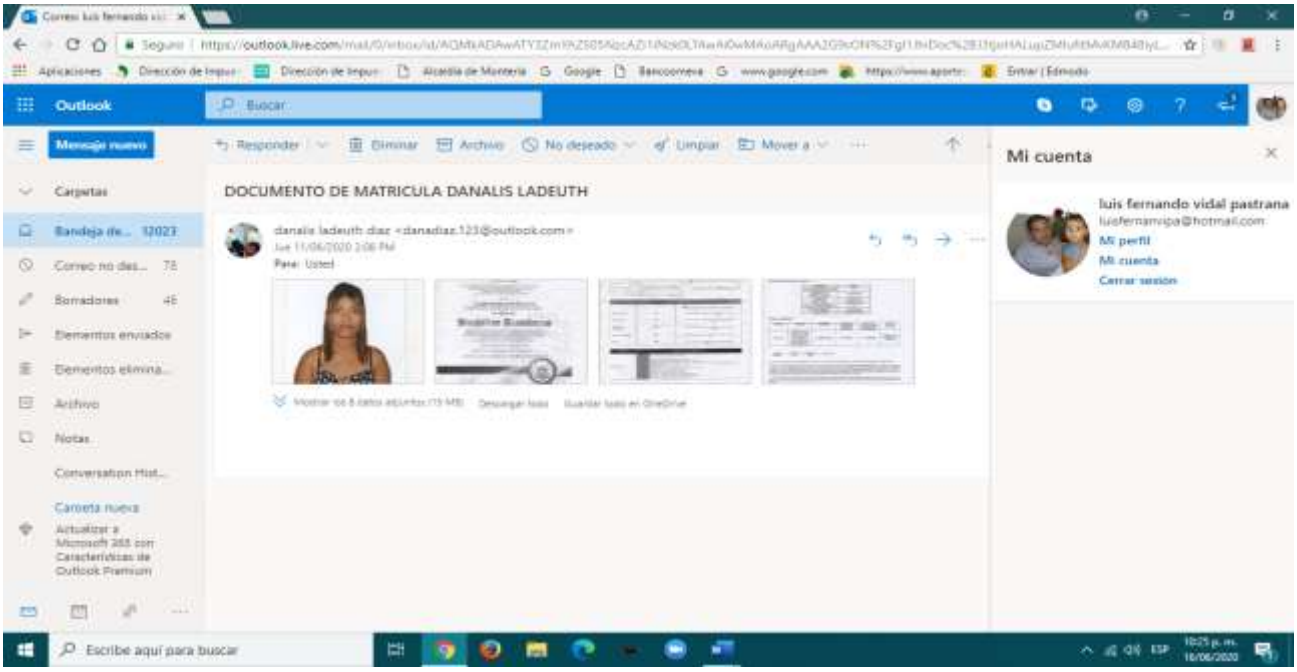


EVIDENCIAS

SEMANA: 07 AL 12 DE JUNIO DE 2020

INSTRUCTOR : LUIS FERNANDO VIDAL PASTRANA

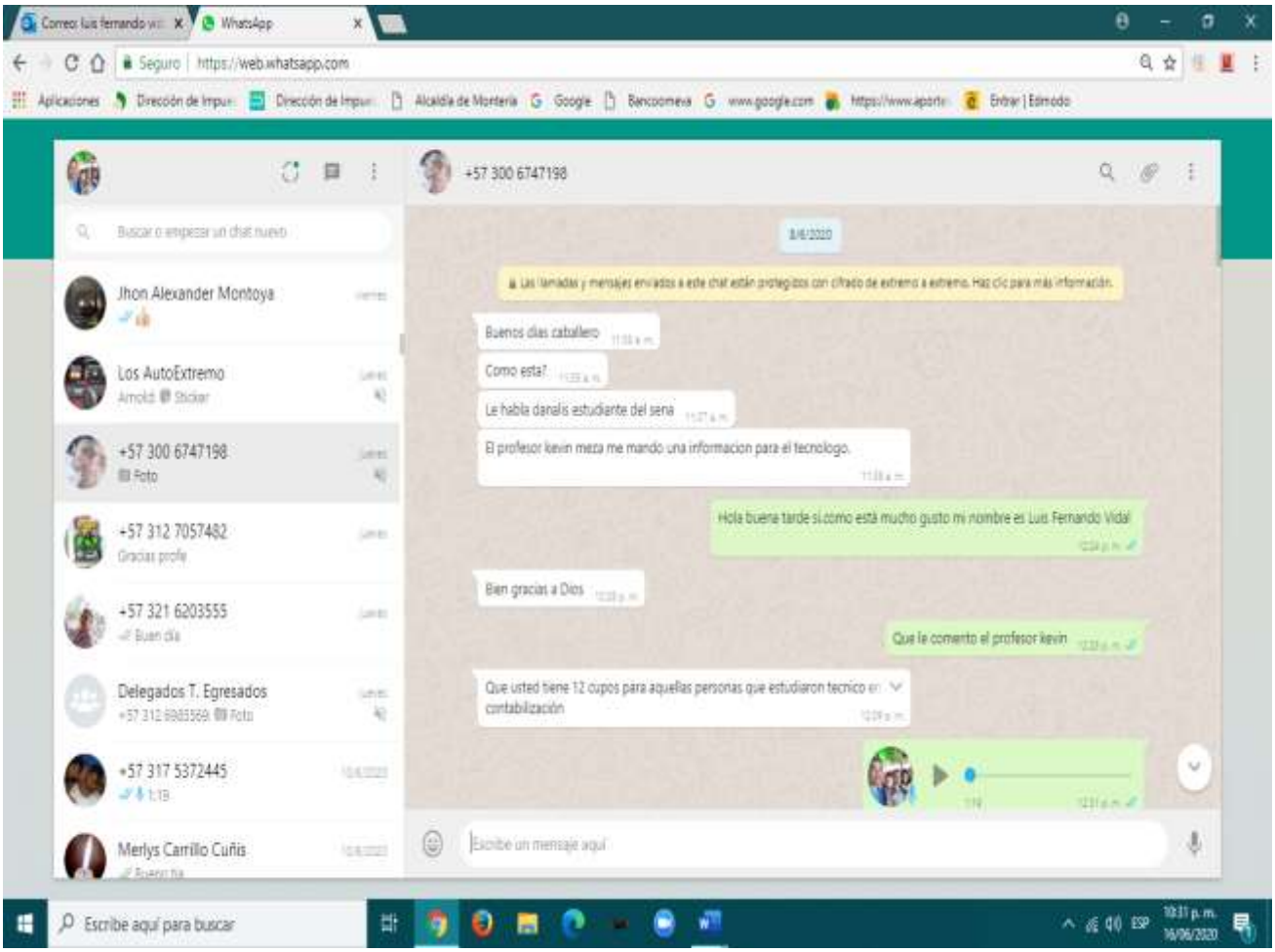


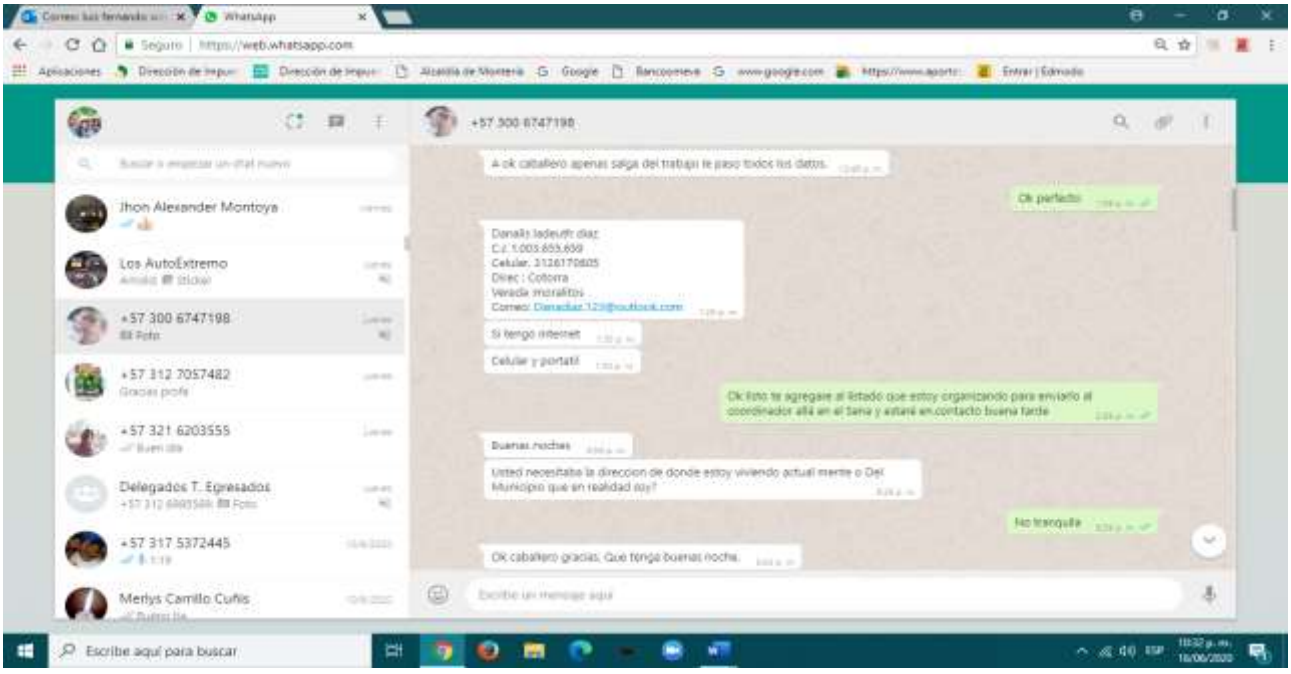


EVIDENCIAS

SEMANA: 07 AL 12 DE JUNIO DE 2020

INSTRUCTOR : LUIS FERNANDO VIDAL PASTRANA

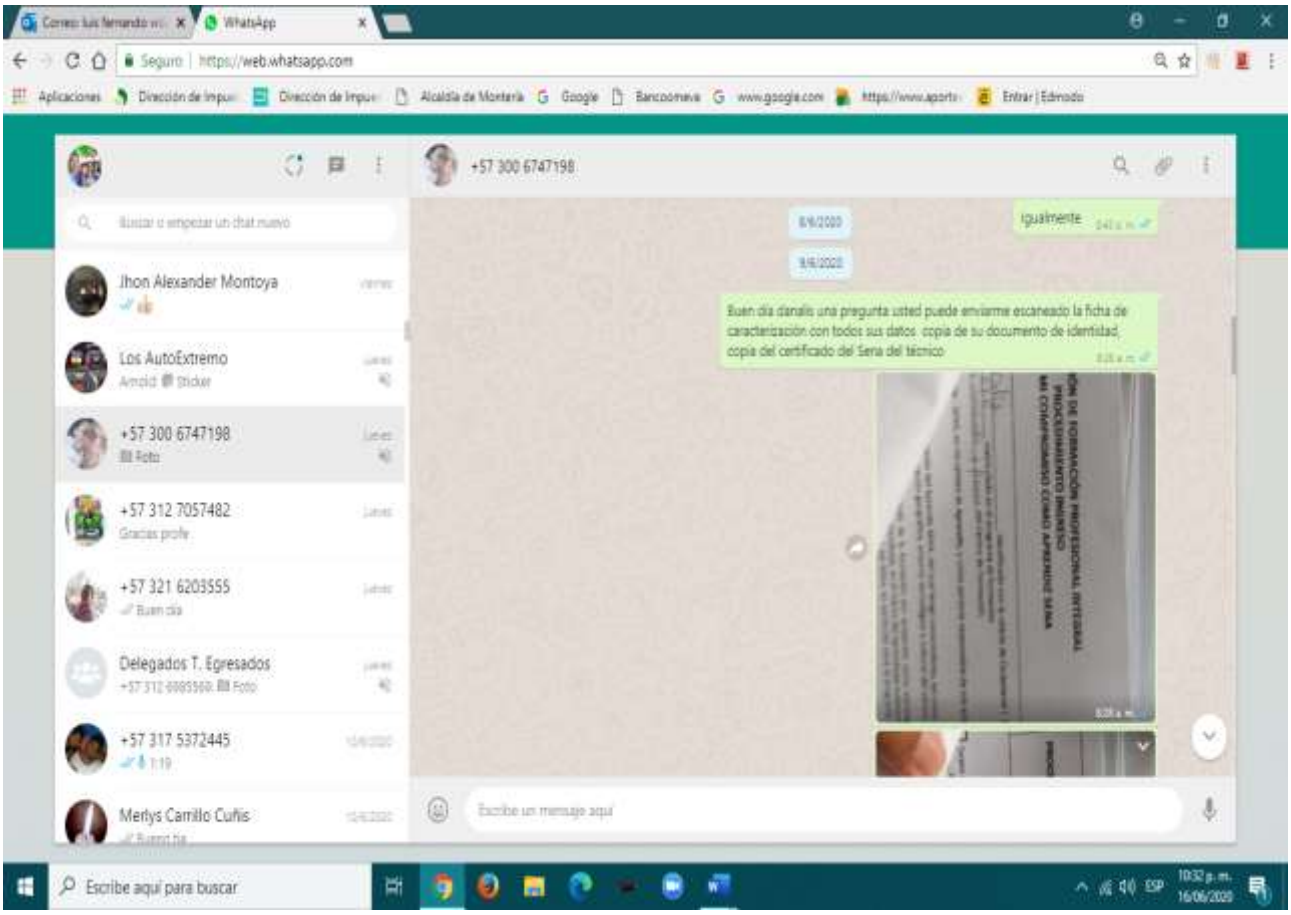


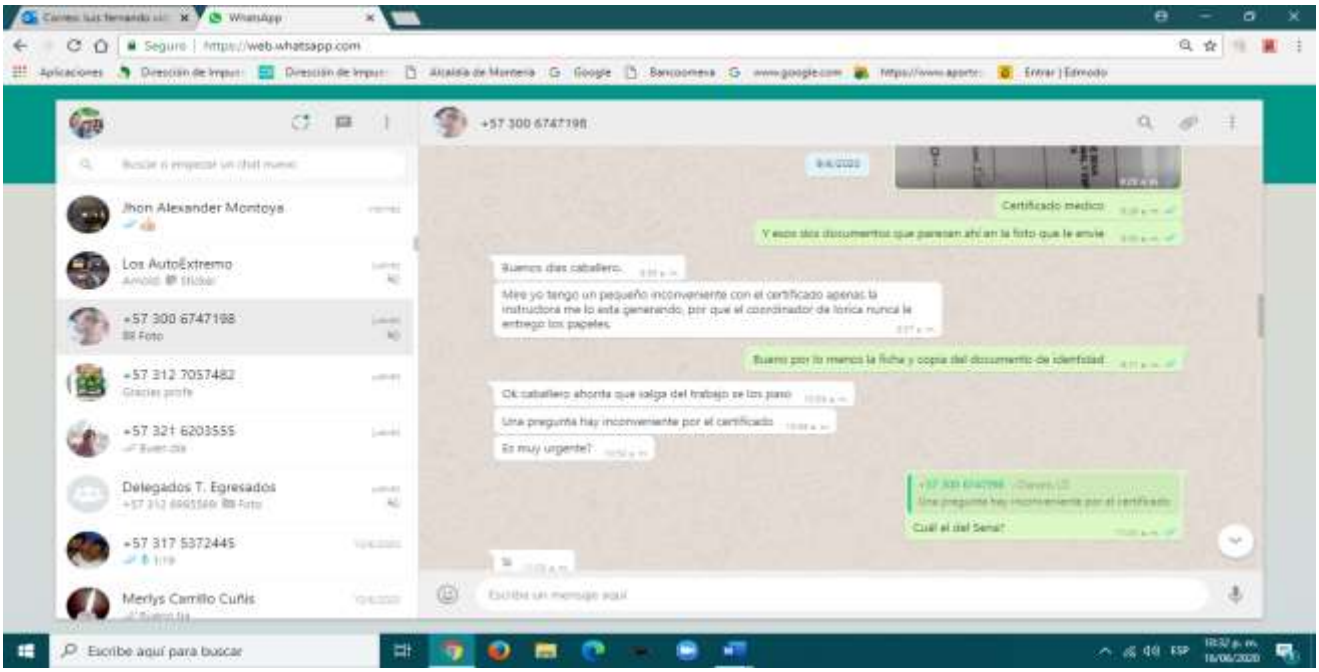


EVIDENCIAS

SEMANA: 07 AL 12 DE JUNIO DE 2020

INSTRUCTOR : LUIS FERNANDO VIDAL PASTRANA

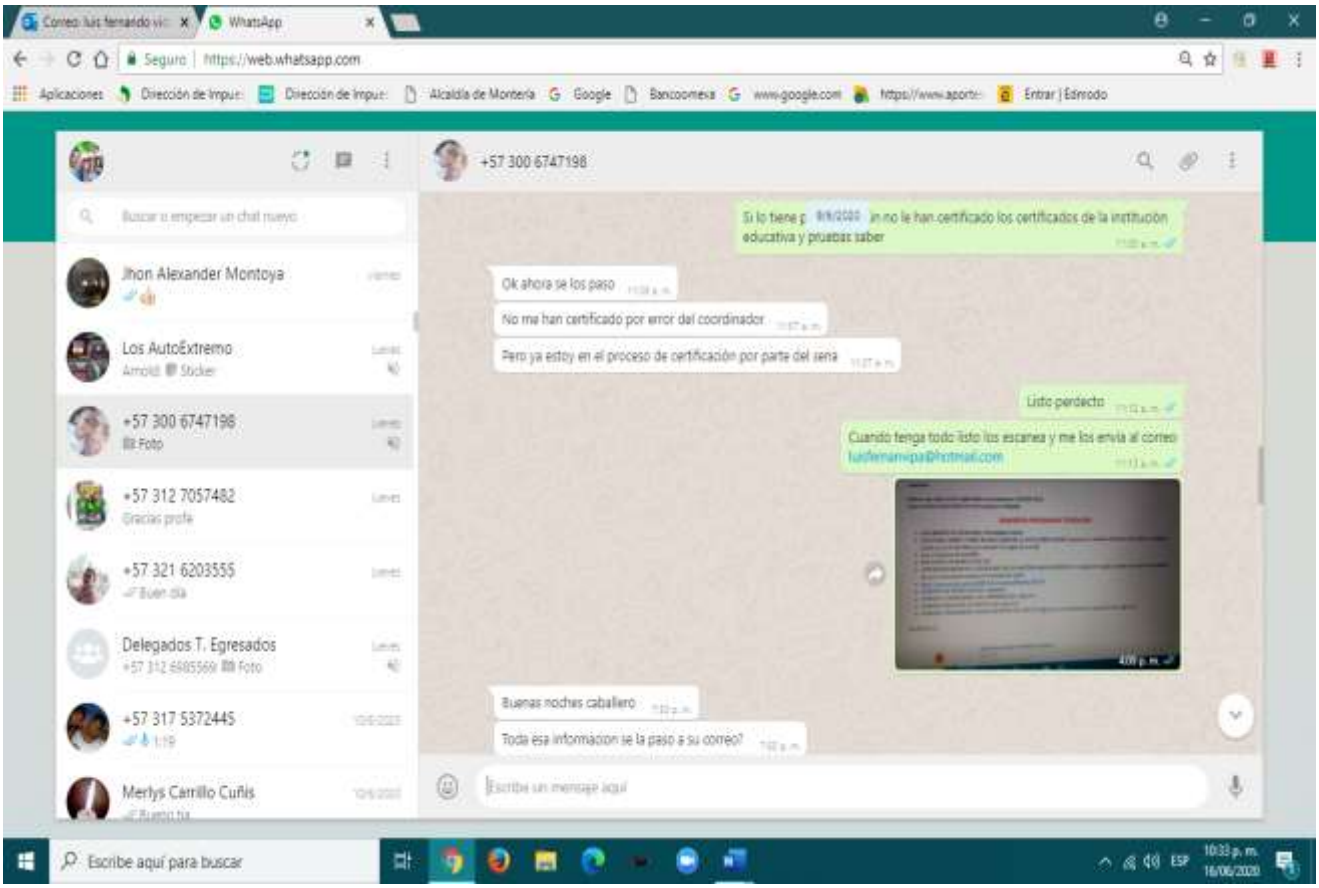


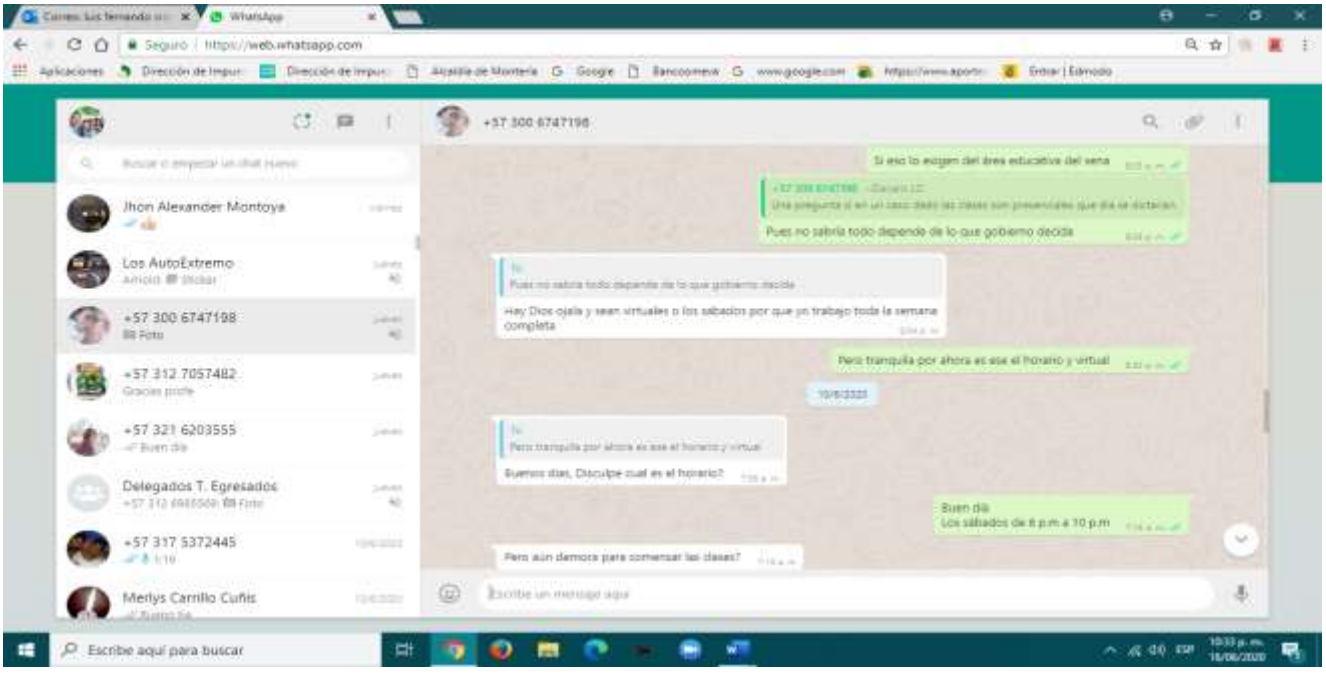


EVIDENCIAS

SEMANA: 07 AL 12 DE JUNIO DE 2020

INSTRUCTOR : LUIS FERNANDO VIDAL PASTRANA

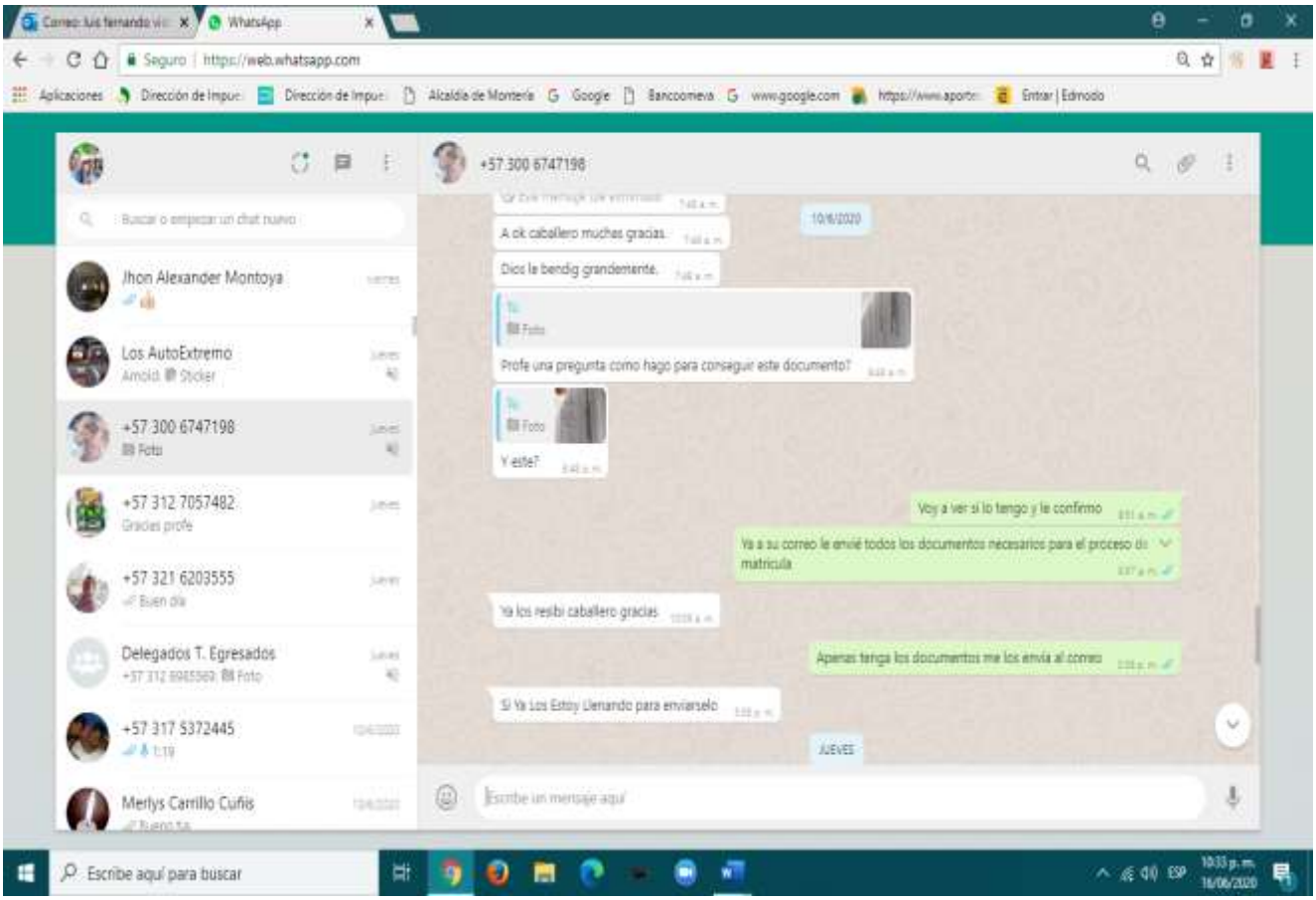


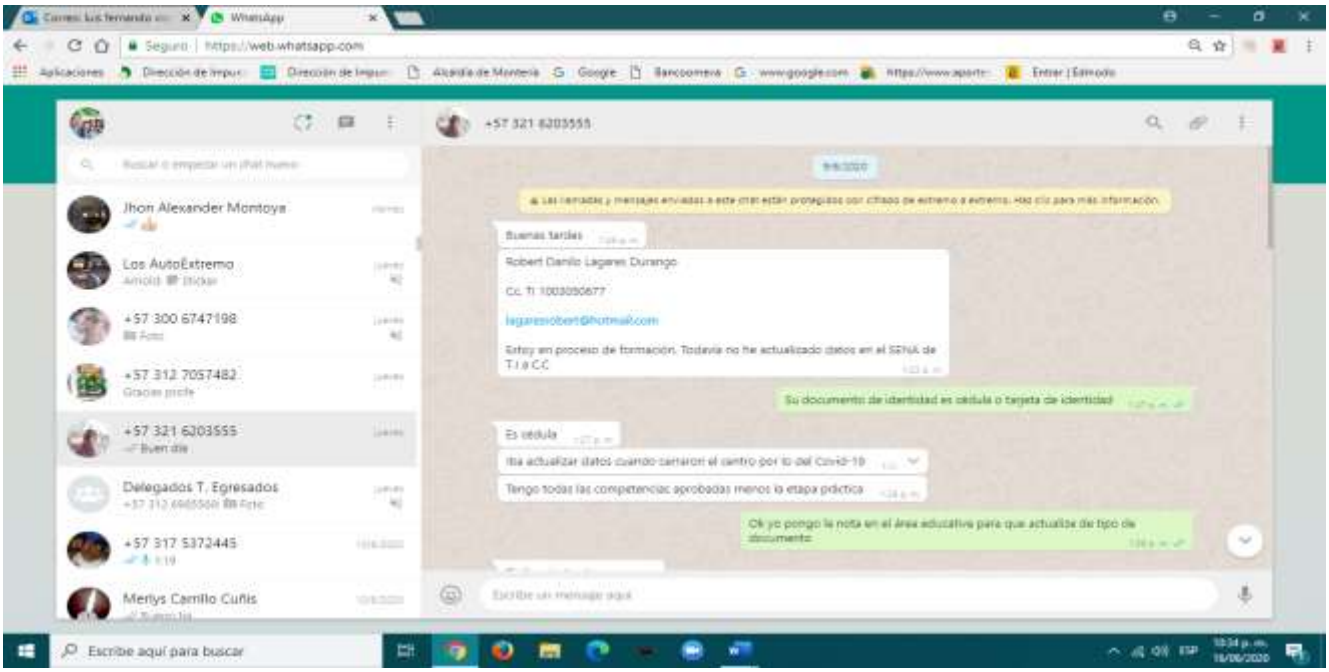


EVIDENCIAS

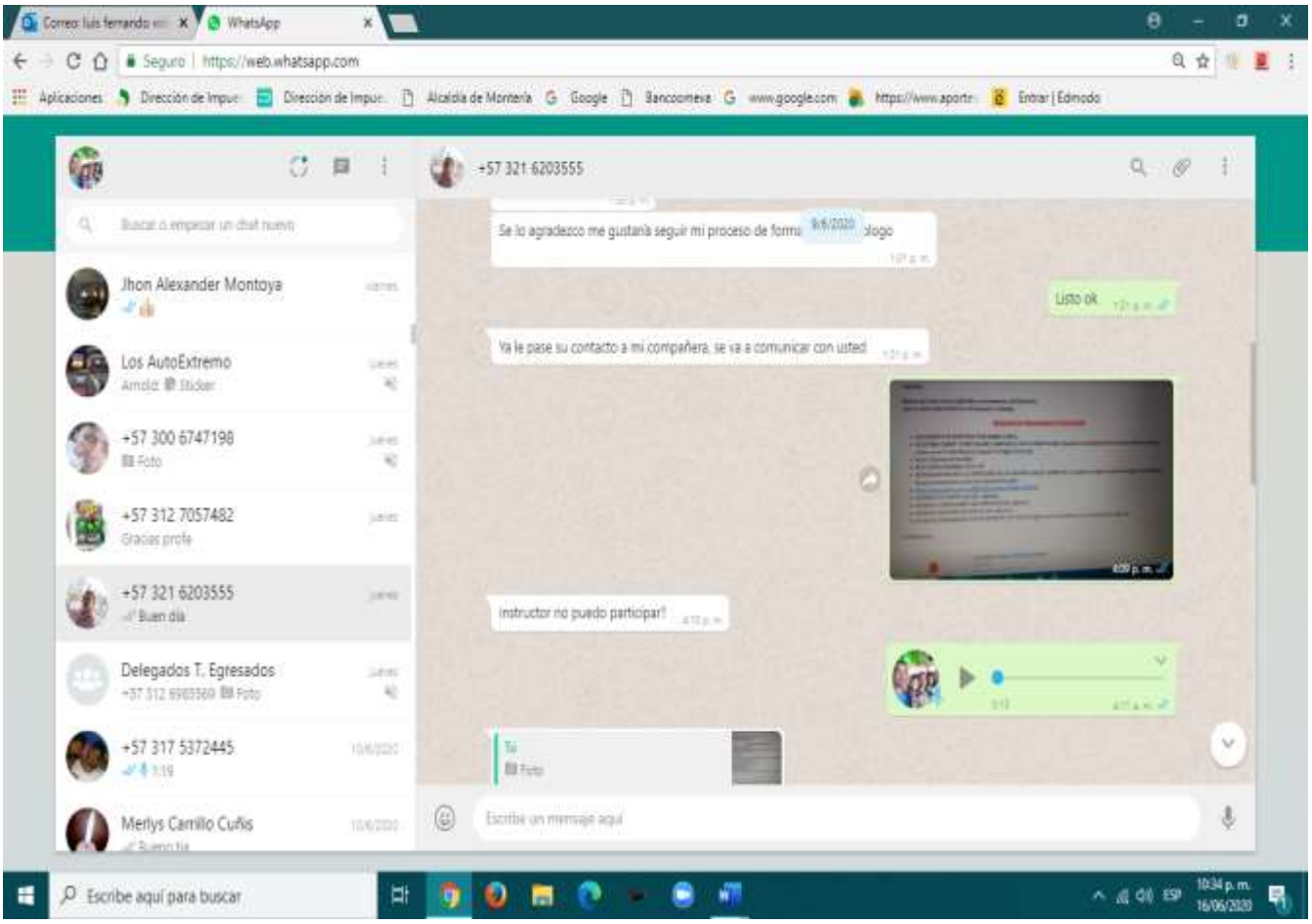
SEMANA: 07 AL 12 DE JUNIO DE 2020

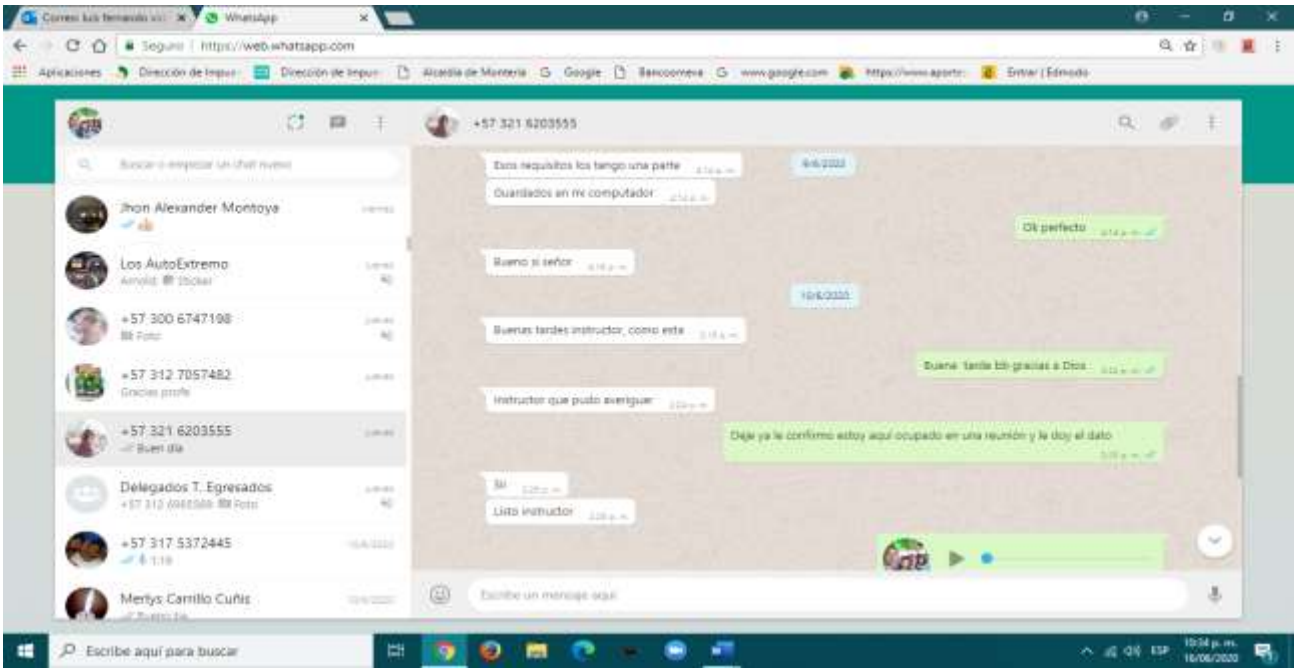
INSTRUCTOR : LUIS FERNANDO VIDAL PASTRANA





EVIDENCIAS
SEMANA: 07 AL 12 DE JUNIO DE 2020
INSTRUCTOR : LUIS FERNANDO VIDAL PASTRANA

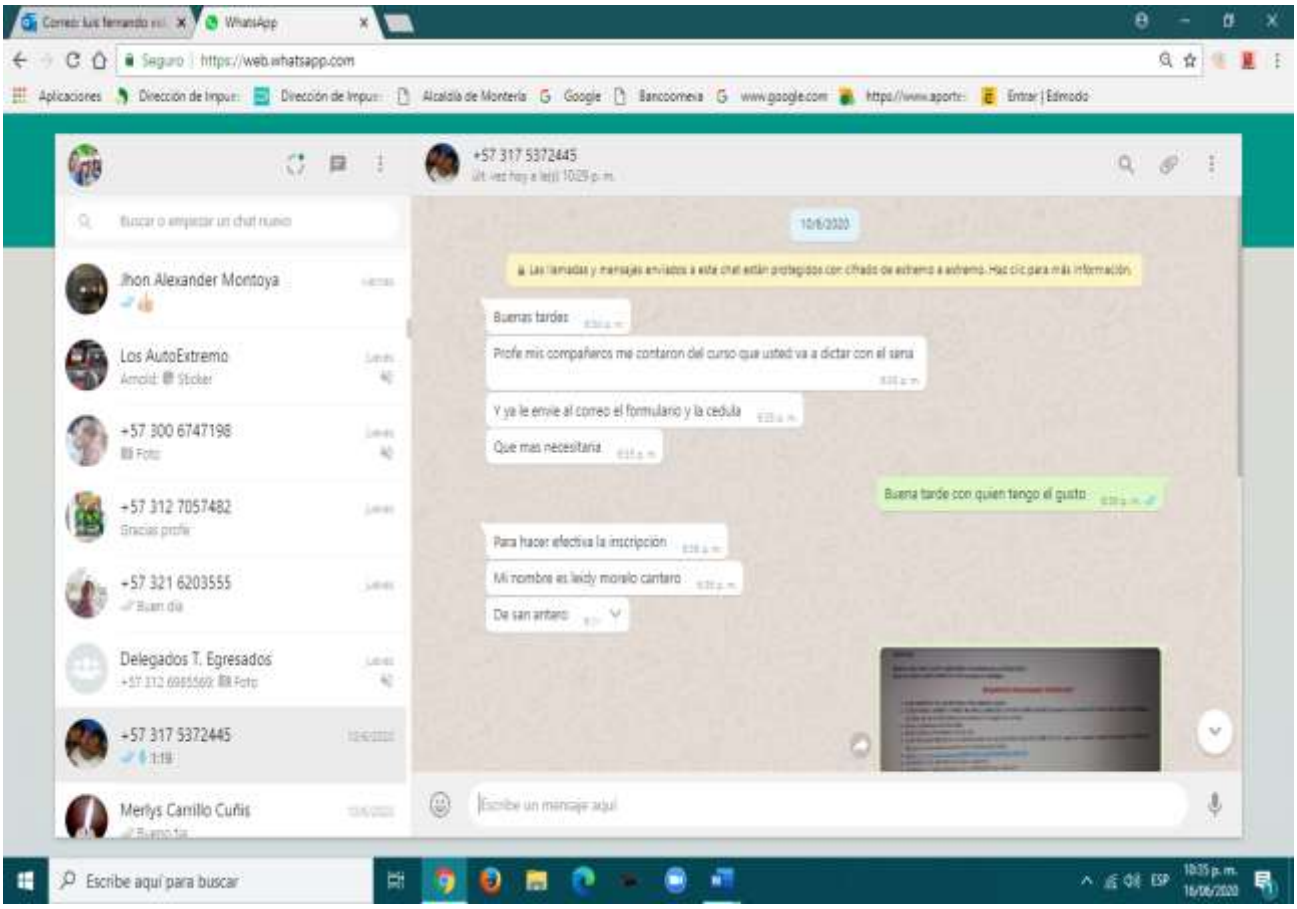


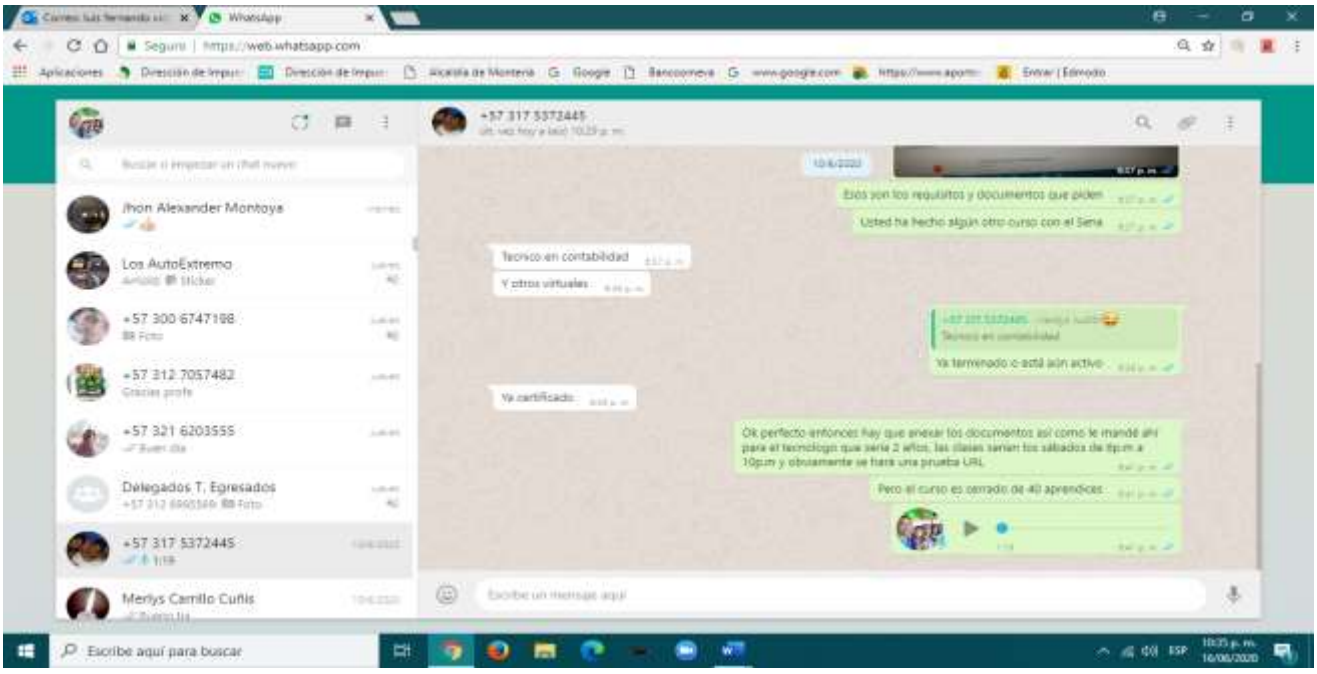


EVIDENCIAS

SEMANA: 07 AL 12 DE JUNIO DE 2020

INSTRUCTOR : LUIS FERNANDO VIDAL PASTRANA

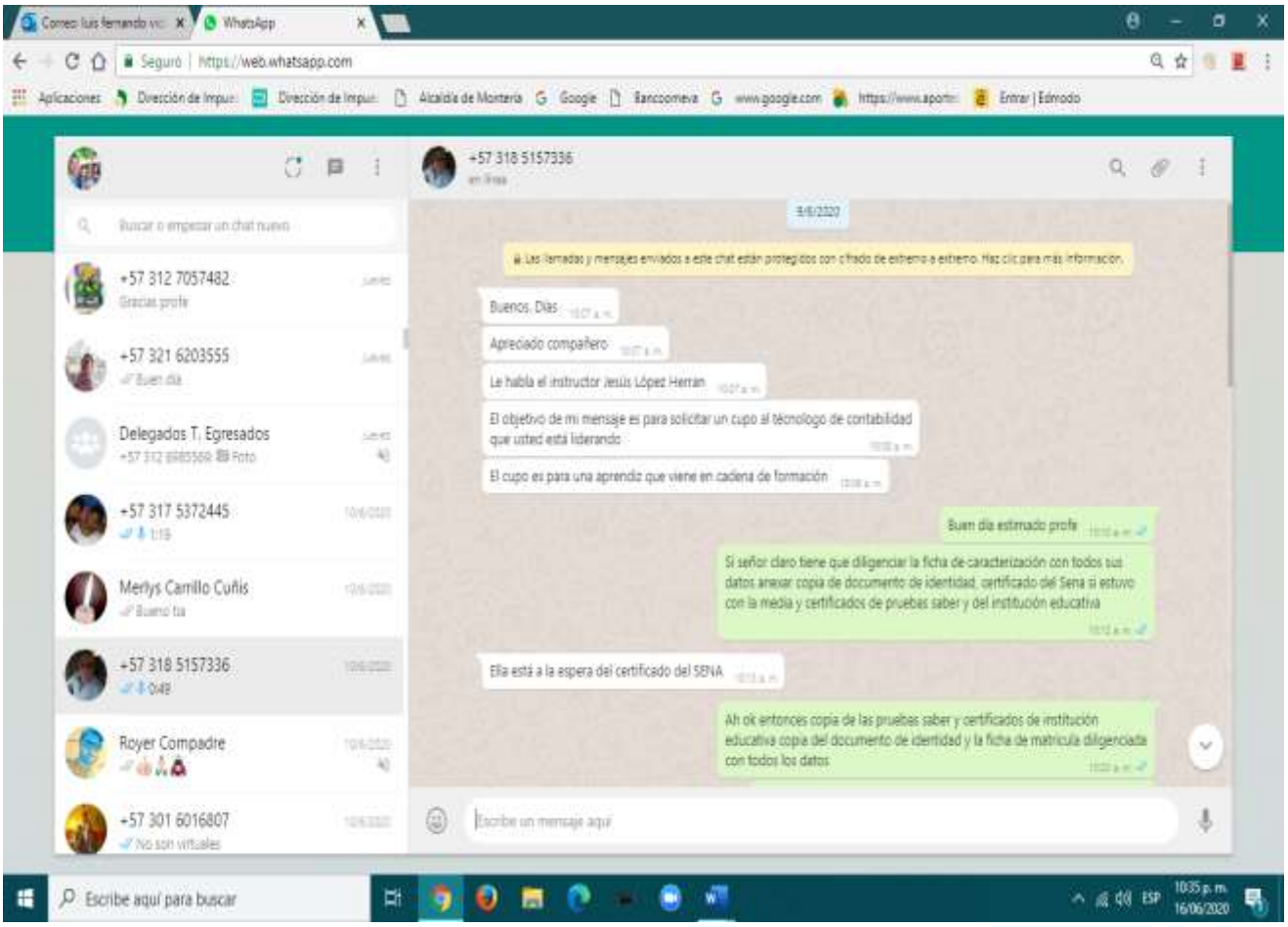


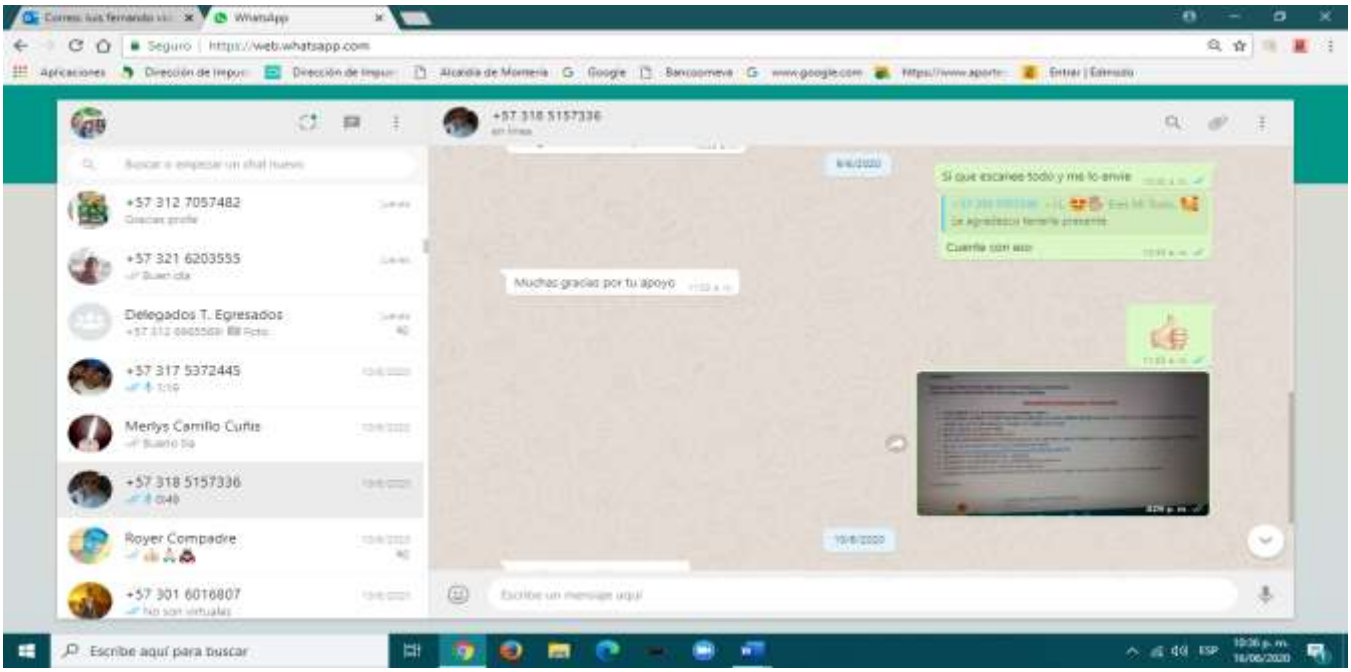


EVIDENCIAS

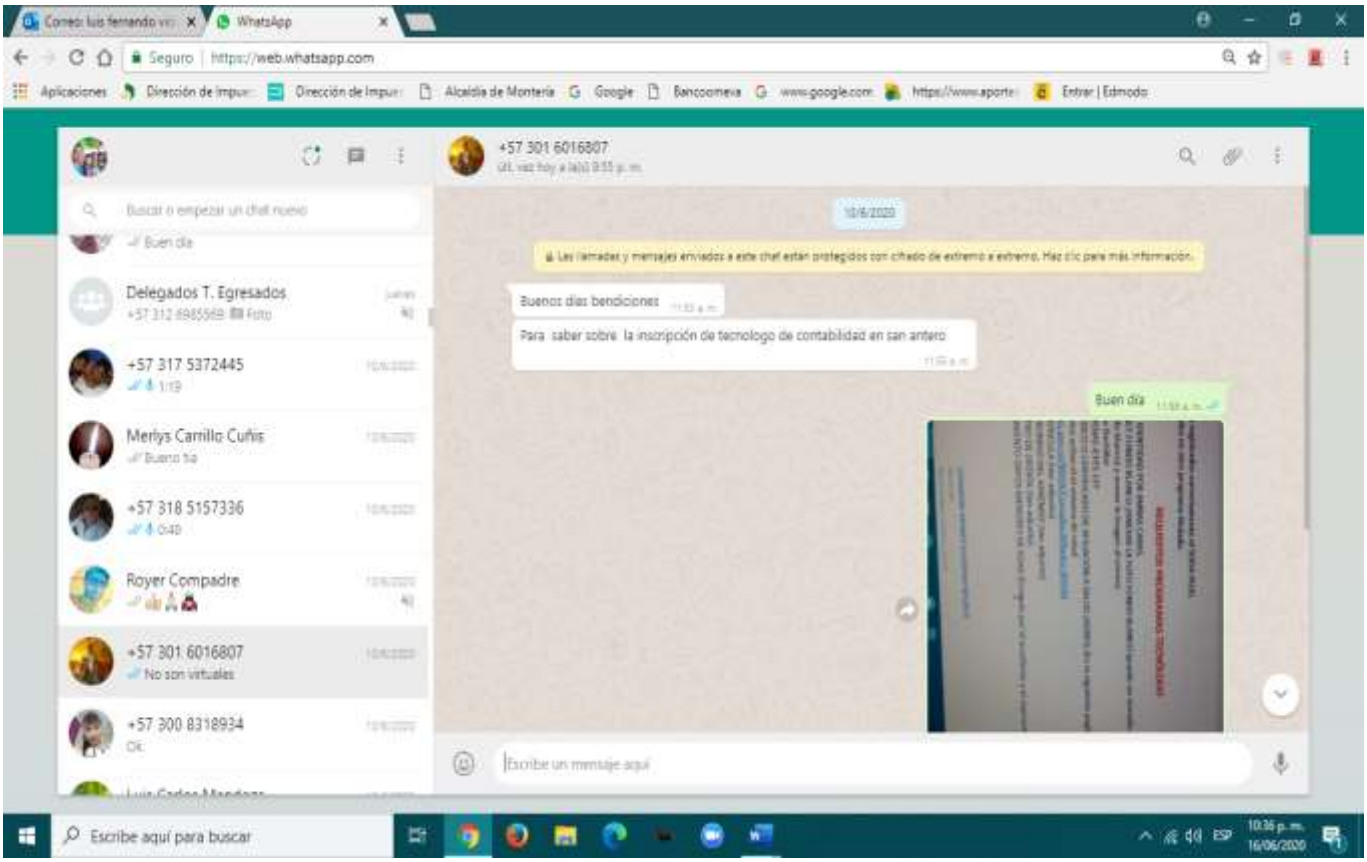
SEMANA: 07 AL 12 DE JUNIO DE 2020

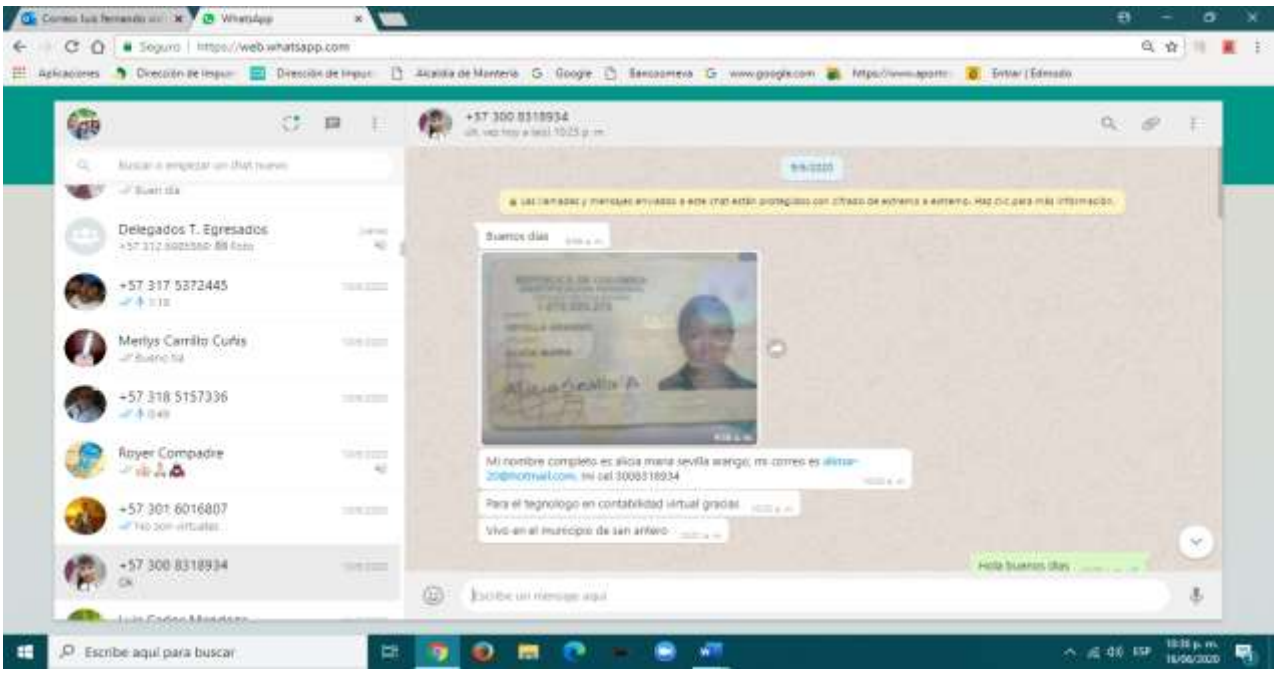
INSTRUCTOR : LUIS FERNANDO VIDAL PASTRANA





EVIDENCIAS
SEMANA: 07 AL 12 DE JUNIO DE 2020
INSTRUCTOR : LUIS FERNANDO VIDAL PASTRANA

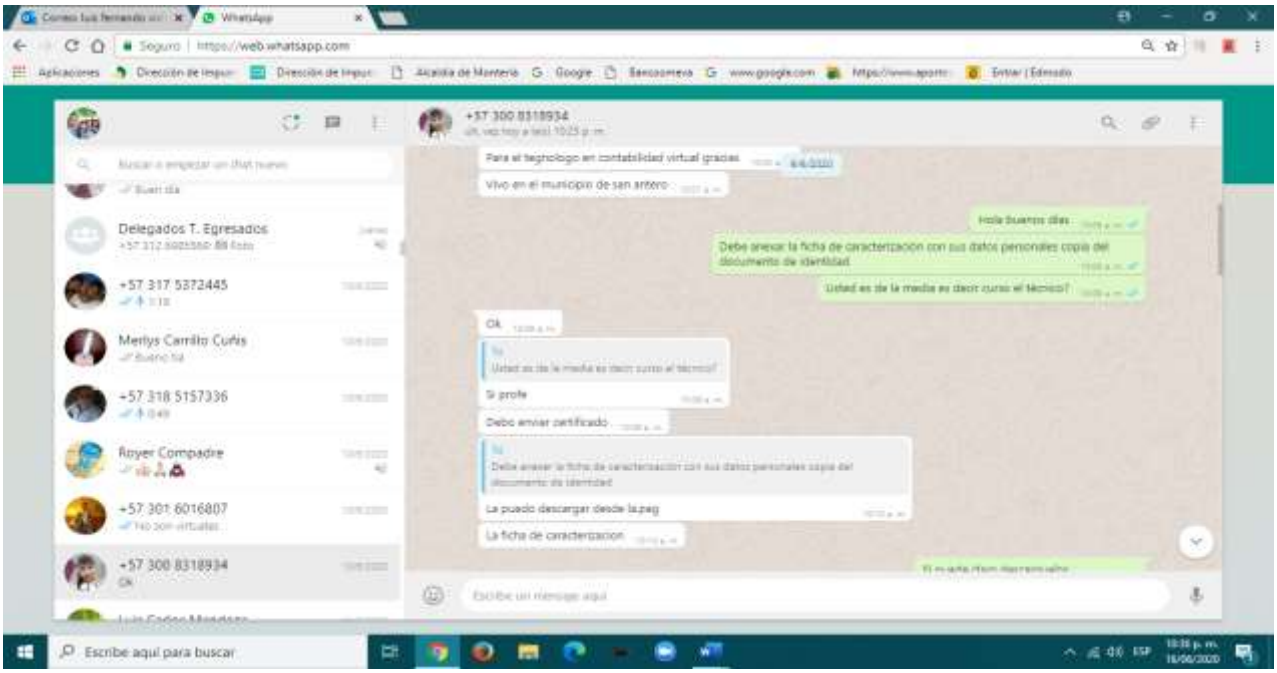


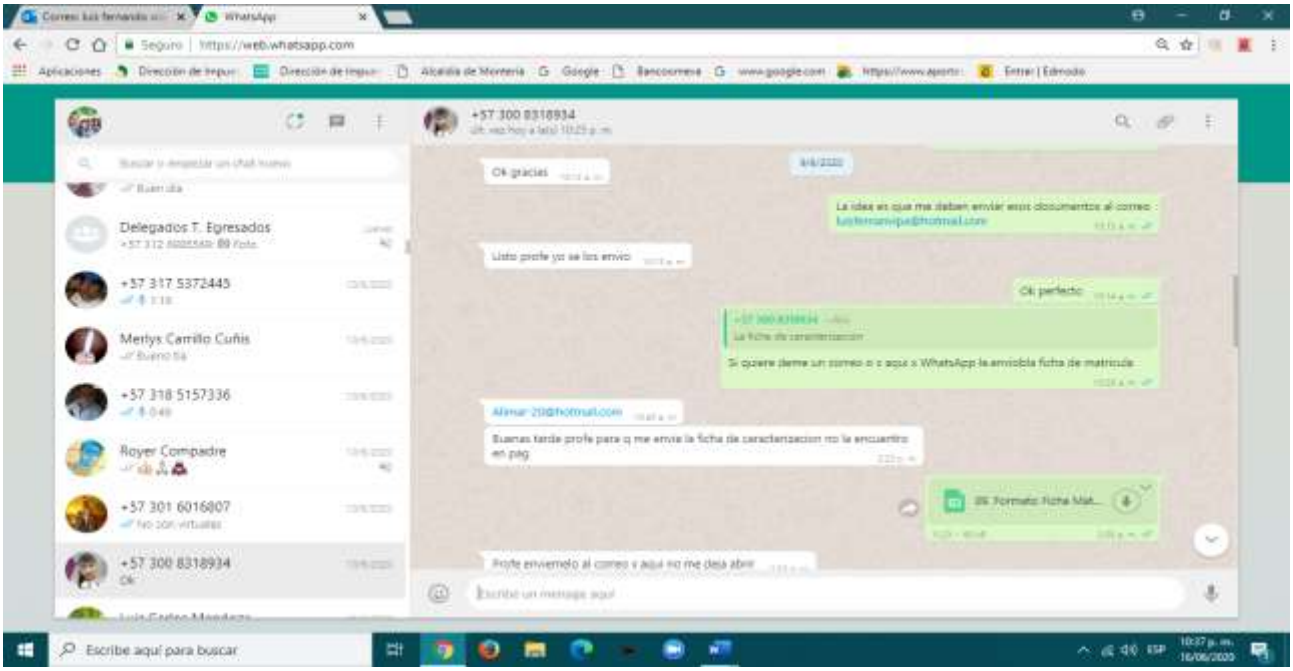


EVIDENCIAS

SEMANA: 07 AL 12 DE JUNIO DE 2020

INSTRUCTOR : LUIS FERNANDO VIDAL PASTRANA

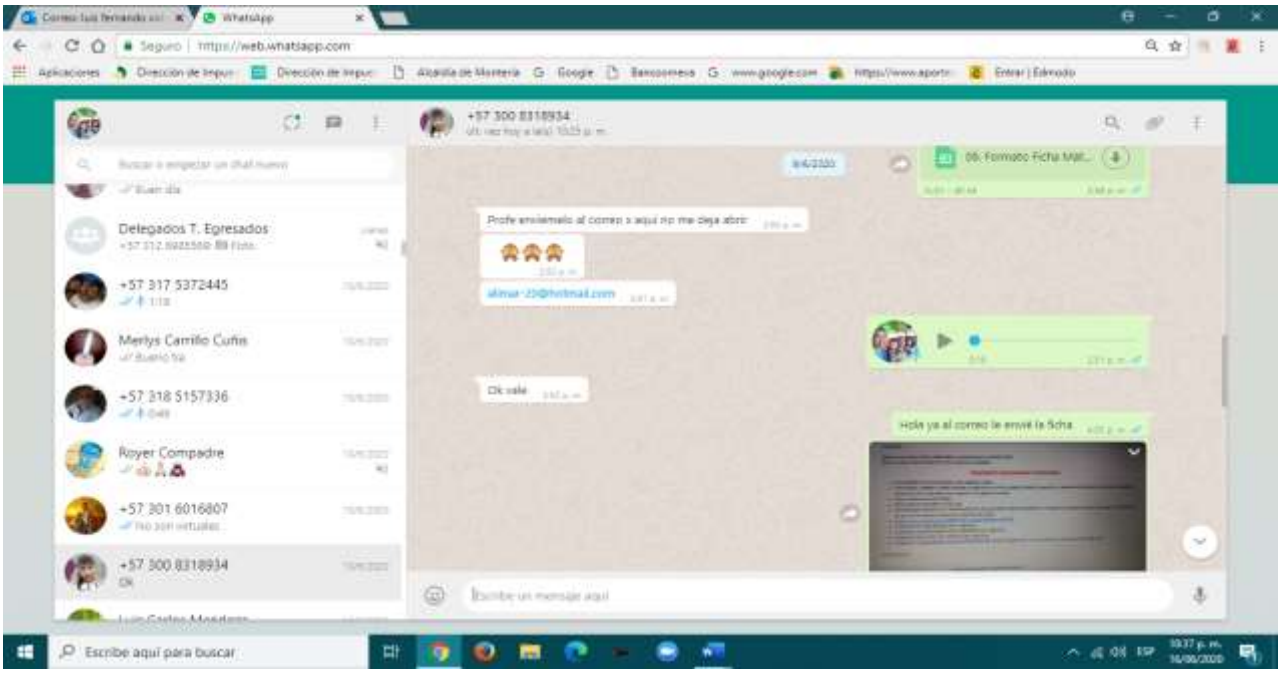


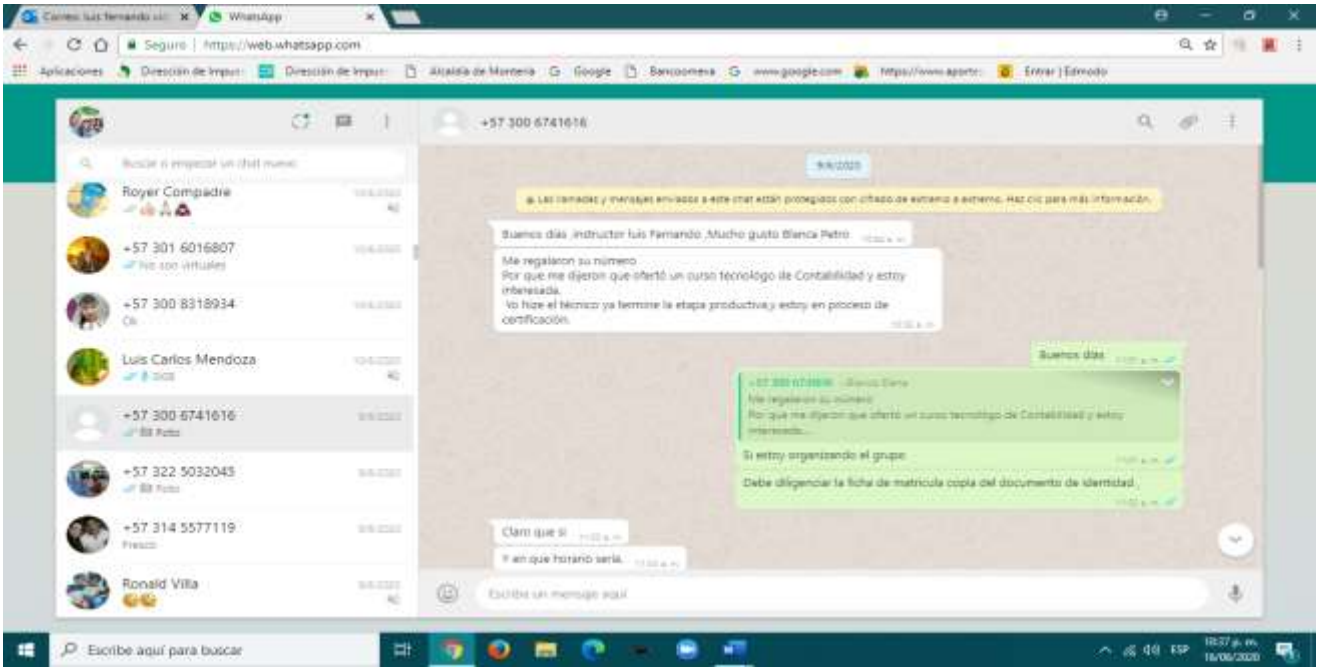


EVIDENCIAS

SEMANA: 07 AL 12 DE JUNIO DE 2020

INSTRUCTOR : LUIS FERNANDO VIDAL PASTRANA

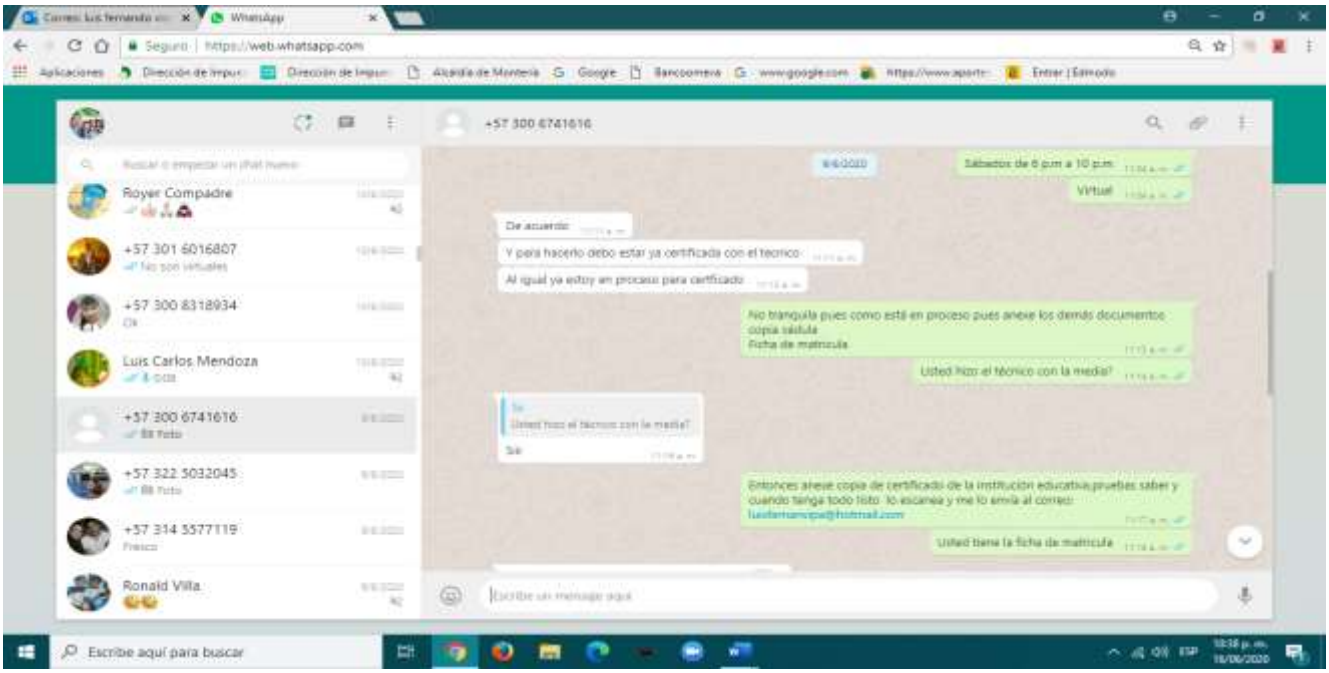


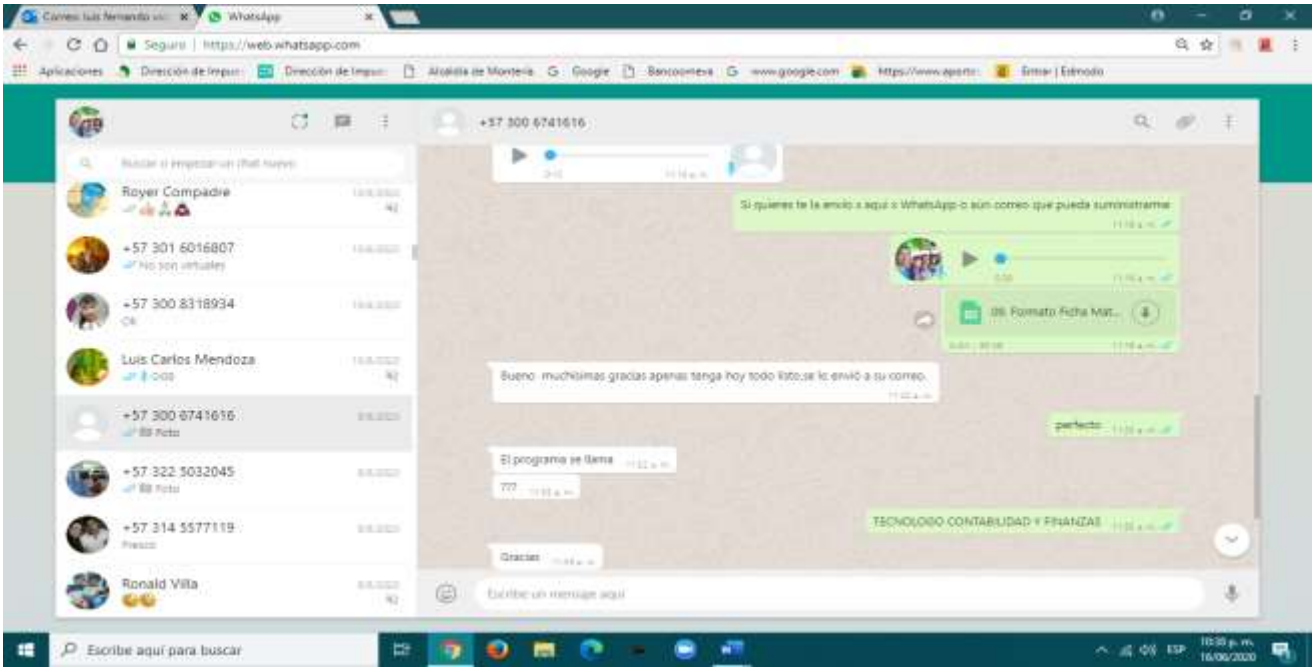


EVIDENCIAS

SEMANA: 07 AL 12 DE JUNIO DE 2020

INSTRUCTOR : LUIS FERNANDO VIDAL PASTRANA

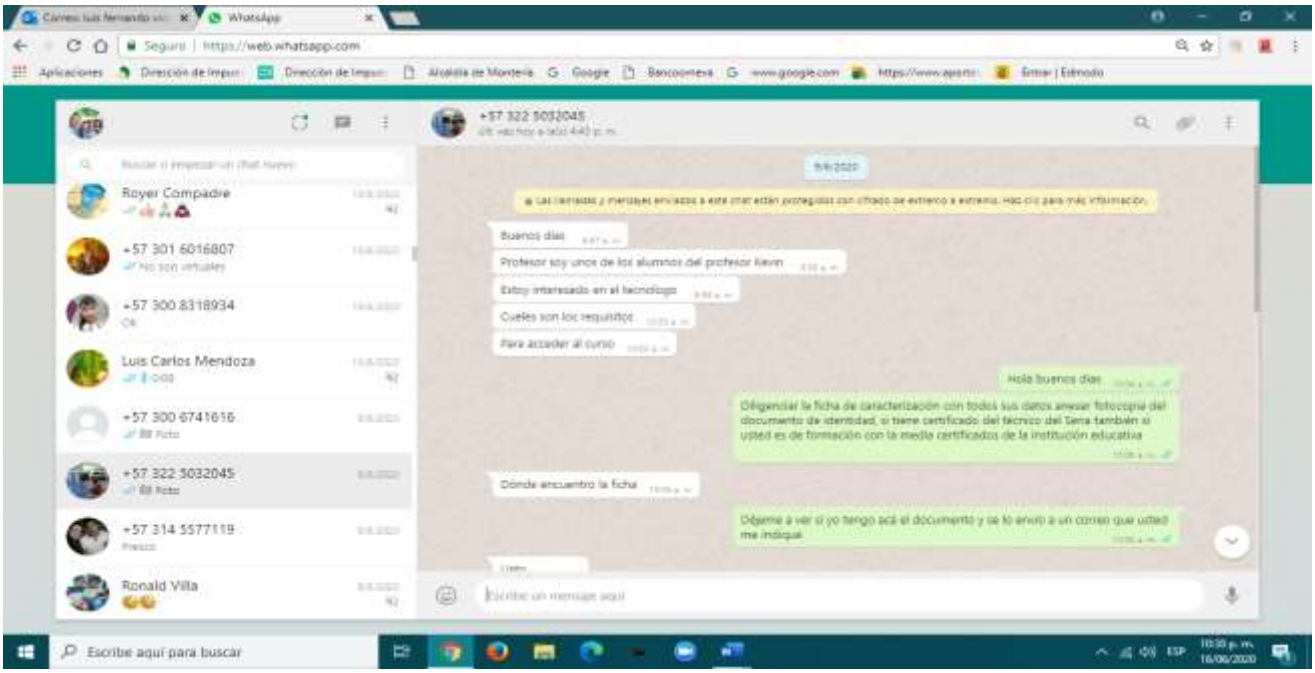


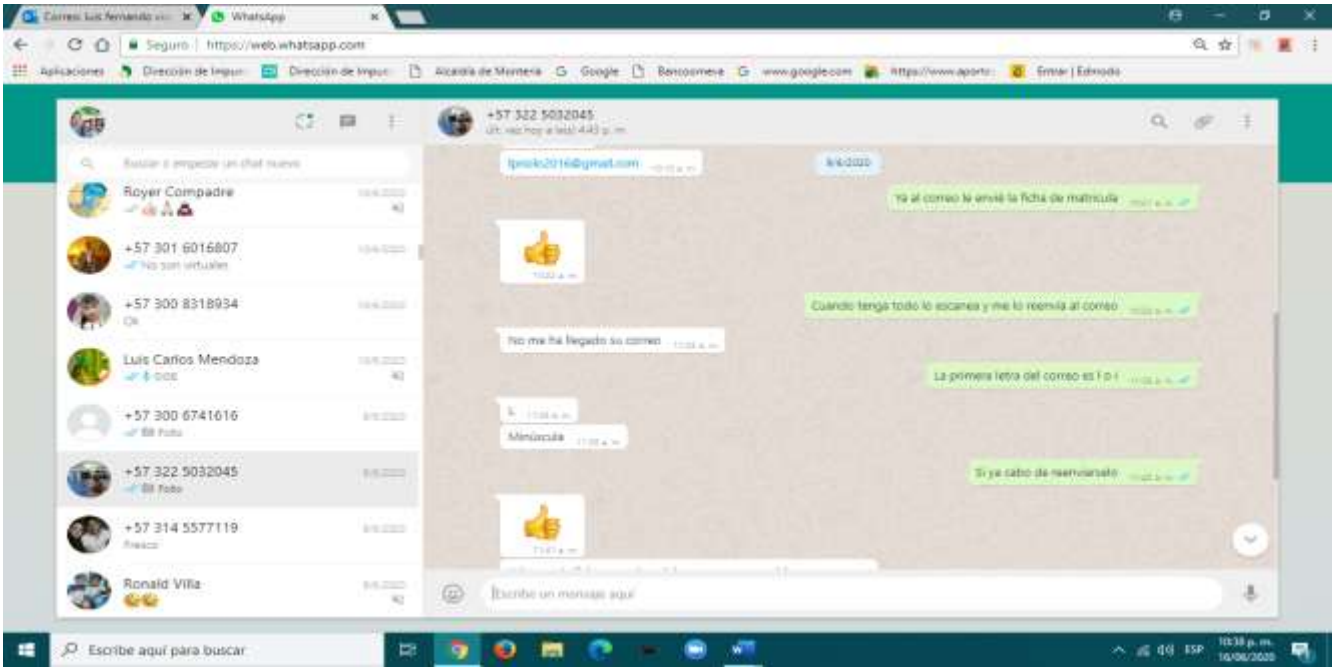


EVIDENCIAS

SEMANA: 07 AL 12 DE JUNIO DE 2020

INSTRUCTOR : LUIS FERNANDO VIDAL PASTRANA





FICHA DE MATRICULA
F001-007-25 / Versión 01
Proceso: Administración educativa
Procedimiento: Inscripción

Identificación de la formacion

Nº de ficha:		Tipo de formación	Titulada		Programa de formación:	Desarrollo de Aplicaciones para Dispositivos Moviles con Plataforma Androld
			Complementaria	X		

Datos Generales

Tipo de Identificación*: CC ___ Ti X Otro ___ Nº 1003434626 Fecha de Expedición(D/M/A):* 27/ABR/2010.

País de Expedición:* Colombia Departamento de Expedición:* Cordoba Municipio de Expedición:* Monteria.

Nombres:* Camila Andrea.

Primer Apellido:* Alvarez Segundo Apellido: Ortiz.

E-mail:* Camilalvarez29@gmail.com Confirmación del e-mail: Camilalvarez29@gmail.com.

Tipo de Sangre:*
___ AB+
___ AB-
___ A+
___ A-
X B+
___ B-
___ O+
___ O-

Estrato:* X Uno ___ Dos ___ Tres ___ Cuatro ___ Cinco ___ Seis

Estado Civil: X Soltero ___ Casado ___ Unión Libre ___ Separado ___ Viudo

Fecha nacimiento:* 27-12-2002.

Genero:* femenino.

Libreta Mil:

País: Colombia.

Departamento: Cordoba.

Municipio: Monteria.

Servicio de Salud

Tiene EPS* SI X No ___

___ Red Salud Atención Humana
___ Saludcoop Organismo Coorperativo
___ Servicio Occidental de Salud
___ Multimedicas Salud con Calidad
___ Emp Medicas de Medellin Dep
___ Programa Comfenalco Antioquia
___ Prog de Servicio Médico Colpatria S.A.
___ Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles
___ Fondo de Solidaridad y garantia Ministerio de Salud
___ Coomeva
___ Cruz Blanca
___ Ecoopsos
___ Mutual
___ ISS
___ Red Salud
___ Colpatria
___ Colombia
___ Humana Vivir S.A.
___ Colsubsidio
___ Valle
___ Nueva EPS
___ Golden Cross S.A.
___ Salud Total
___ Salud Vida
___ Cafesalud
___ Sanitas
___ Solsalud
___ Unicajas
___ Compensar
___ Cafam
___ Caprecom
___ Colmedica
___ EPS Sura
___ Famisanar
X Otra

Lugar de Residencia:

País*: Colombia Departamento*: Cordoba Municipio*: Monteria.

Zona: Urbano Barrio: Cantaclaro. Dirección:* Mz 83. lt 11.

Tel Fijo:* 3107225585. Celular: 3135877394 Tel Alterno 3012563523.

Educación:

Básica:* Nombre de la Institución: Leticia. Municipio: Monteria

Superior:* Nombre de la Institución: Leticia Municipio: Monteria.

Tipo de Población*

X Ninguna
___ INPEC
___ Emprendedores
___ Remitidos por el Pal
___ Discapacitados
___ Jóvenes Vulnerables
___ Mujer Cabeza de Hogar
___ Reinsertados
___ Microempresas
___ Remitidos por el CIE
___ Menor Infractor
___ Negritudes
___ Indígenas
___ Soldados Campesinos
___ Tercer Edad
___ Artesanos
___ Discapacitado Cognitivo
___ Discapacidad
___ Discapacitado Mental
___ Limitación Auditiva
___ Desplazados Discapacitados
___ Discapacidad Limitación Física
___ Indígenas Desplazados por la Violencia
___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Discapacitado Limitación Visual
___ Desplazados por la Violencia
___ Afro Colombianos Desplazados por la Violencia
___ Adolescentes desvinculados de grupos Armados
___ Desplazados por la Violencia Cabeza de Familia
___ Indígenas Desplazados por la Violencia
___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Trabajador Infantil (Adolescente Trabajador)
___ Afro Colombianos desplazados por la Violencia

Contacto en caso de Emergencia:*

Nombres y Apellidos: Neila Ortiz Ricardo. Celular: 3107225585.

Parentesco: Madre. Fecha de Nacimiento(D/M/A): 06-01-1962. Tel Fijo: 3135877394.

Empresa donde labora: 3012565523.

Firma Aprendiz: Camila Alvarez

Firma Instructor:

Nota: Todo lo que posee (*) asterisco es de obligatorio diligenciamiento

INCLUIR AL RESPALDO FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD AMPLIADA AL 150%

FICHA DE MATRICULA
F001-007-25 / Versión 01
Proceso: Administración educativa
Procedimiento: Inscripción

Fecha de recepción:

Datos de la formación

Nº de ficha: | Tipo de formación: Titulada X / Complementaria | Programa de formación: Tecnólogo en contabilización

Datos Generales

Tipo de Identificación*: CC__ TI X Otro__ Nº 1003.233.904 Fecha de Expedición(D/M/A):* 22/01/2010

País de Expedición:* Colombia Departamento de Expedición:* Córdoba Municipio de Expedición:* Montería

Nombres:* Yaniris Judith

Primer Apellido:* Arrieta Segundo Apellido: Durango

Email:* arrietay804@gmail.com Confirmación del e-mail:

Tipo de Sangre:* ___AB+ ___AB- ___A+ ___A- ___B+ ___B- X O+ ___O-

Estrato:* X Uno ___Dos ___Tres ___Cuatro ___Cinco ___Seis

Estado Civil: X Soltero ___Casado ___Unión Libre ___Separado ___Viudo

Fecha nacimiento:* 01/12/2002

Genero:* femenino.

Libreta Mili:

País: colombia.

Departamento: Córdoba

Municipio: Montería.

Servicio de Salud

Tiene EPS* SI X No ___

___Red Salud Atención Humana
___Saludcoop Organismo Coorperativo
___Servicio Occidental de Salud
___Multimedicas Salud con Calidad
___Emp Medicas de Medellin Dep
___Programa Comfenalco Antioquia
___Prog de Servicio Médico Colpatria S.A.
___Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles
___Fondo de Solidaridad y garantia Ministerio de Salud
___Coomeva
___Cruz Blanca
___Ecoopsos
___Mutual
___ISS
___Red Salud
___Salud
___Salud
___Humana Vivir S.A.
___Colsubsidio
___Comfenalco
___Nueva EPS
___Golden Cross S.A.
X Salud Total
___Salud Vida
___Cafesalud
___Sanitas
___Solsalud
___Unicajas
___Compensar
___Cafam
___Caprecom
___Colmedica
___EPS Sura
___Famisanar
___Otra

Lugar de Residencia

País*: Colombia Departamento*: Córdoba Municipio*: Montería.

Zona: Rural Barrio: Loma Grande Dirección:* Km. 6 vía planta Lica.

Tel Fijo:* Celular: 3115587345 Tel Alterno 3183340842

Educación

Básica:* Nombre de la Institución: I.E. SAN JOSE Municipio: Montería

Superior:* Nombre de la Institución: I.E SAN JOSÉ Municipio: Montería.

Tipo de Población

X Ninguna
___INPEC
___Emprendedores
___Remitidos por el Pal
___Discapacitados
___Jóvenes Vulnerables
___Mujer Cabeza de Hogar
___Reinsertados
___Microempresas
___Remitidos por el CIE
___Menor Infractor
___Negritudes
___Indígenas
___Soldados Campesinos
___Tercer Edad
___Artesanos
___Discapacitado Cognitivo
___Discapacidad
___Discapacitado Mental
___Limitación Auditiva
___Desplazados Discapacitados
___Discapacidad Limitación Física
___Indígenas Desplazados por la Violencia
___Desplazados por Fenómenos Naturales
___Discapacitado Limitación Visual
___Desplazados por la Violencia
___Afro Colombianos Desplazados por la Violencia
___Adolescentes desvinculados de grupos Armados
___Desplazados por la Violencia Cabeza de Familia
___Indígenas Desplazados por la Violencia
___Desplazados por Fenómenos Naturales
___Trabajador Infantil (Adolescente Trabajador)
___Afro Colombianos desplazados por la Violencia

Contacto en caso de Emergencia

Nombres y Apellidos: Deivis Judith Durango Arguimedo Celular:

Parentesco: Madre. Fecha de Nacimiento(D/M/A): 11/04/1985 Tel Fijo:

Empresa donde labora:

Firma Aprendiz: Firma Instructor:

Nota: Todo folio que posea(n) tachones y/o enmendaduras no tendrá validez.

INCLUIR AL RESPALDO FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD AMPLIADA AL 150%

Proceso Administración educativa

Fecha de recepción:

Tipo de formación: Titulada [ ] Complementaria [X]

Programa de formación: Tecnologo contabilidad

Datos Generales

Tipo de Identificación*: CC ___ TI X Otro ___ Nº 1068419761 Fecha de Expedición(D/M/A):* 09/08/2012

País de Expedición*: Colombia Departamento de Expedición:* Cordoba Municipio de Expedición:* Montería

Primer Nombre*: Vianeth Paola

Primer Apellido*: Benitez Segundo Apellido: Polo

Email*: benitezpolopao@gmail.com Confirmación del e-mail: benitezpolopao@gmail.com

Tipo de Sangre*: ___ AB+ ___ AB- ___ A+ ___ A- ___ B+ ___ B- X O+ ___

Estrato:* X Uno ___ Dos ___ Tres ___ Cuatro ___ Cinco ___ Seis

Estado Civil: X Soltero ___ Casado ___ Unión Libre ___ Separado ___ Viudo

Fecha nacimiento:* 02-04-2004

Genero:* femenino

Libreta Mil:

País: Colombia

Departamento: Córdoba

Municipio: Montería

Servicio de Salud

Tiene EPS* SI ___ No ___

___ Red Salud Atención Humana
___ Saludcoop Organismo Coorperativo
___ Servicio Occidental de Salud
___ Multimedicas Salud con Calidad
___ Emp Medicas de Medellin Dep
___ Programa Comfenalco Antioquia
___ Prog de Servicio Médico Colpatria S.A.
___ Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles
___ Fondo de Solidaridad y garantia Ministerio de Salud
___ Coomeva
___ Cruz Blanca
___ Ecoopsos
X Mutual
___ ISS
___ Red Salud
___ Salud
___ Salud
___ Humana Vivir S.A.
___ Colsubsidio
___ Comfenalco
___ Nueva EPS
___ Golden Cross S.A.
___ Salud Total
___ Salud Vida
___ Cafesalud
___ Sanitas
___ Solsalud
___ Unicajas
___ Compensar
___ Cafam
___ Caprecom
___ Colmedica
___ EPS Sura
___ Famisanar
___ Otra

Lugar de Residencia

País*: Colombia Departamento*: Cordoba Municipio*: Montería

Zona: Urbana Barrio: Villa Arleth Dirección:* M2 c Lt 17

Tel Fijo:* Celular: 3202515132 Tel Alterno 3203933510

Educación

Básica:* Nombre de la Institución: I.E San José Municipio: Montería

Superior:* Nombre de la Institución: SENA Municipio: Montería.

Tipo de Población

X Ninguna
___ INPEC
___ Emprendedores
___ Remitidos por el Pal
___ Discapacitados
___ Jóvenes Vulnerables
___ Mujer Cabeza de Hogar
___ Reinsertados
___ Microempresas
___ Remitidos por el CIE
___ Menor Infractor
___ Negritudes
___ Indígenas
___ Soldados Campesinos
___ Tercer Edad
___ Artesanos
___ Discapacitado Cognitivo
___ Discapacidad
___ Discapacitado Mental
___ Limitación Auditiva
___ Desplazados Discapacitados
___ Discapacidad Limitación Física
___ Indígenas Desplazados por la Violencia
___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Discapacitado Limitación Visual
___ Desplazados por la Violencia
___ Afro Colombianos Desplazados por la Violencia
___ Adolescentes desvinculados de grupos Armados
___ Desplazados por la Violencia Cabeza de Familia
___ Indígenas Desplazados por la Violencia
___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Trabajador Infantil (Adolescente Trabajador)
___ Afro Colombianos desplazados por la Violencia

Contacto en caso de Emergencia

Nombres y Apellidos: Ingrid Lucia Benitez Polo Celular: 3203933510

Parentesco: Madre Fecha de Nacimiento(D/M/A): 11/09/1981 Tel Fijo:

Empresa donde labora: ama de casa

Firma Aprendiz: Vianeth Benitez

Firma Instructor:

Nota: Todo lo que pase en el Centro es de obligatorio cumplimiento

INCLUIR AL RESPALDO FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD AMPLIADA AL 150%



TRICULA
Versión 01
Proceso: Administración educativa
Procedimiento: Inscripción

Fecha de recepción:

Identificación de la formación

Nº de ficha:		Tipo de formación	Titulada / Complementaria	Programa de formación:	Gestión Contable y Financiera.

Datos Generales

Tipo de Identificación:* CC X Ti ___ Otro ___ Nº 1067954987 Fecha de Expedición(D/M/A):* 22-Jun-2015

País de Expedición:* Colombia Departamento de Expedición:* Córdoba Municipio de Expedición:* Montería

Nombres:* Yessica Marcela

Primer Apellido:* Benitez Segundo Apellido: Delgado

E-mail:* yeka1024@hotmail.com Confirmación del e-mail: yeka1024@hotmail.com

Tipo de Sangre:* ___ AB+ ___ AB- ___ A+ ___ A- ___ B+ ___ B- ✓ O+ ___ O-

Estrato:* ✓ Uno ___ Dos ___ Tres ___ Cuatro ___ Cinco ___ Seis

Estado Civil: ✓ Soltero ___ Casado ___ Unión Libre ___ Separado ___ Viudo

Fecha nacimiento:* 19-May-1997

Genero:* Femenino

Libreta Mil.: ___

País: ___

Departamento: Córdoba

Municipio: Montería

Servicio de Salud

Tiene EPS* SI ✓ No ___

___ Red Salud Atención Humana
___ Saludcoop Organismo Coorperativo
___ Servicio Occidental de Salud
___ Multimedicas Salud con Calidad
___ Emp Medicas de Medellin Dep
___ Programa Comfenalco Antioquia
___ Prog de Servicio Médico Colpatria S.A.
___ Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles
___ Fondo de Solidaridad y garantía Ministerio de Salud
___ Coomeva
___ Cruz Blanca
___ Ecoopsos
✓ Mutual
___ ISS
___ Red Salud
___ Salud
___ Salud
___ Humana Vivir S.A.
___ Colsubsidio
___ Comfenalco
___ Nueva EPS
___ Golden Cross S.A.
___ Salud Total
___ Salud Vida
___ Cafesalud
___ Sanitas
___ Solsalud
___ Unicajas
___ Compensar
___ Cafam
___ Caprecom
___ Colmedica
___ EPS Sura
___ Famisanar
___ Otra

Lugar de Residencia

País*: Colombia Departamento*: Córdoba Municipio*: Montería

Zona: Urbana Barrio: Villa los Alpes Dirección:* Mz 3 Lt 7 Etapa 1

Tel Fijo:* ___ Celular: 3023788694 Tel Alterno: 3126154005

Educación

Básica:* Nombre de la Institución: Liceo la Ladera Municipio: Montería

Superior:* Nombre de la Institución: Servicio Nacional de Aprendizaje Municipio: Montería

Tipo de Población

___ Ninguna
___ INPEC
___ Emprendedores
___ Remitidos por el Pal
___ Discapacitados
___ Jóvenes Vulnerables
___ Mujer Cabeza de Hogar
___ Reinsertados
___ Microempresas
___ Remitidos por el CIE
___ Menor Infractor
___ Negritudes
___ Indígenas
___ Soldados Campesinos
___ Tercer Edad
___ Artesanos
___ Discapacitado Cognitivo
___ Discapacidad
___ Discapacitado Mental
___ Limitación Auditiva
___ Desplazados Discapacitados
___ Discapacidad Limitación Física
___ Indígenas Desplazados por la Violencia
___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Discapacitado Limitación Visual
✓ Desplazados por la Violencia
___ Afro Colombianos Desplazados por la Violencia
___ Adolescentes desvinculados de grupos Armados
___ Desplazados por la Violencia Cabeza de Familia
___ Indígenas Desplazados por la Violencia
___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Trabajador Infantil (Adolescente Trabajador)
___ Afro Colombianos desplazados por la Violencia

Contacto en caso de Emergencia

Nombres y Apellidos: Ana Delgado Morelo Celular: 3126154005

Parentesco: Madre. Fecha de Nacimiento(D/M/A): 02/Jun/1975 Tel Fijo: ___

Empresa donde labora: Ninguna.

Firma Aprendiz: Yessica Benitez. Firma Instructor:

Nota: Los campos con * son de obligatorio diligenciamiento

INCLUIR AL RESPALDO FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD AMPLIADA AL 150%



Fecha de recepción:

Nº de ficha: | Tipo de formación: Titulada / Complementaria | Programa de formación: TECNOLOGO CONTABILIDAD

Datos Generales

Tipo de Identificación*: CC__ TI X Otro__ Nº 1062.955.126 Fecha de Expedición(D/M/A):* 30/01/18

País de Expedición:* Colombia Departamento de Expedición:* Cordoba Municipio de Expedición:* Monteria

Nombres:* Kevin Andres

Primer Apellido:* Cardona Segundo Apellido: Gomez

E-mail:* Kevincardona755@gmail.com Confirmación del e-mail: Kevincardona755@gmail.com

Tipo de Sangre:* ___AB+ ___AB- ___A+ ___A- ___B+ ___B- X O+ ___O-

Estrato:* ___Uno X Dos ___Tres ___Cuatro ___Cinco ___Seis

Estado Civil: X Soltero ___Casado ___Unión Libre ___Separado ___Viudo

Fecha nacimiento:* 18 Junio 2003

Genero:* Masculino

Libreta Mil: ___

País: ___

Departamento: ___

Municipio: ___

Servicio de Salud

Tiene EPS* Si X No ___

___Red Salud Atención Humana
___Saludcoop Organismo Coorperativo
___Servicio Occidental de Salud
___Medimedicas Salud con Calidad
___Emp Medicas de Medellin Dep
___Programa Comfenalco Antioquia
___Prog de Servicio Médico Colpatria S.A.
___Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles
___Fondo de Solidaridad y garantia Ministerio de Salud
___Coomeva
___Cruz Blanca
___Ecoopsos
___Mutual
___ISS
___Red Salud
___Salud
___Salud
___Humana Vivir S.A.
___Colsubsidio
___Comfenalco
___Nueva EPS
___Golden Cross S.A.
X Salud Total
___Salud Vida
___Cafesalud
___Sanitas
___Solsalud
___Unicajas
___Compensar
___Cafam
___Caprecom
___Colmedica
___EPS Sura
___Famisanar
___Otra

Lugar de Residencia

País*: Colombia Departamento*: Cordoba Municipio*: Monteria.

Zona: ___ Barrio: Buenavista Dirección:* Cra 8f # 11-41

Tel Fijo:* 7892316. Celular: 301 406 4122 Tel Alterno (78) 3008005479

Educación

Básica:* Nombre de la institución: Institucion Educativa COMFACOR Municipio: Monteria.

Superior:* Nombre de la institución: ___ Municipio: ___

Grupo de Población

X Ninguna
___INPEC
___Emprendedores
___Remitidos por el Pal
___Discapacitados
___Jóvenes Vulnerables
___Mujer Cabeza de Hogar
___Reinsertados
___Microempresas
___Remitidos por el CIE
___Menor Infractor
___Negritudes
___Indígenas
___Soldados Campesinos
___Tercer Edad
___Artesanos
___Discapacitado Cognitivo
___Discapacidad
___Discapacitado Mental
___Limitación Auditiva
___Desplazados Discapacitados
___Discapacidad Limitación Física
___Indígenas Desplazados por la Violencia
___Desplazados por Fenómenos Naturales
___Discapacitado Limitación Visual
___Desplazados por la Violencia
___Afro Colombianos Desplazados por la Violencia
___Adolescentes desvinculados de grupos Armados
___Desplazados por la Violencia Cabeza de Familia
___Indígenas Desplazados por la Violencia
___Desplazados por Fenómenos Naturales
___Trabajador Infantil (Adolescente Trabajador)
___Afro Colombianos desplazados por la Violencia

Contacto en caso de Emergencia

Nombres y Apellidos: Wilmar Dario Cardona Gonzalez Celular: 3008042202

Parentesco: Padre Fecha de Nacimiento(D/M/A): 08-05-75. Tel Fijo: 7892316

Empresa donde labora: Independiente

Firma Aprendiz: Kevin Cardona Gómez

Firma Instructor:

INCLUIR AL RESPALDO FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD AMPLIADA AL 150%

C - V NOCHE

FICHA DE MATRICULA
F001-007-25 / Versión 01
Proceso: Administración educativa
Procedimiento: Inscripción

Fecha de recepción:

N° de Ficha: | Tipo de formación: Titulada / Complementaria | Programa de formación: Contabilidad

Tipo de Identificación*: CC__ TI X Otro__ N° 1133794833 Fecha de Expedición(D/M/A):* 24/11/2016
País de Expedición:* Colombia Departamento de Expedición:* Cordoba Municipio de Expedición:* Monteria
Nombres:* Yuliza Marcela
Primer Apellido:* Correa Segundo Apellido: De Leis
Email:* Yulimar109@outlook.es Confirmación del e-mail: Yulimar109@outlook.es
Tipo de Sangre:* ___AB+ ___AB- ___A+ ___A- ___B+ ___B- X O+ ___O-
Estrato:* X Uno ___Dos ___Tres ___Cuatro ___Cinco ___Seis
Estado Civil: X Soltero ___Casado ___Unión Libre ___Separado ___Viudo
Fecha nacimiento:* 18/06/2002.
Genero:* Femenino
Libreta Mil:
País: Colombia
Departamento: Cordoba
Municipio: Monteria

Seguridad Social

Tiene EPS* SI X No___

___Red Salud Atención Humana
___Saludcoop Organismo Coorperativo
___Servicio Occidental de Salud
___Multimedicas Salud con Calidad
___Emp Medicas de Medellin Dep
___Programa Comfenalco Antioquia
___Prog de Servicio Médico Colpatria S.A.
___Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles
___Fondo de Solidaridad y garantia Ministerio de Salud
___Coomeva
___Cruz Blanca
___Ecoopsos
X Mutual
___ISS
___Red Salud
___Salud
___Salud
___Humana Vivir S.A.
___Colsubsidio
___Comfenalco
___Nueva EPS
___Golden Cross S.A.
___Salud Total
___Salud Vida
___Cafesalud
___Sanitas
___Solsalud
___Unicajas
___Compensar
___Cafam
___Caprecom
___Colmedica
___EPS Sura
___Famisanar
___Otra

Lugar de Residencia

País*: Colombia Departamento*: Cordoba Municipio*: Monteria
Zona: Barrio: Sierra Chiquita Dirección:*
Tel Fijo:* 7830171 Celular: 3024494684 Tel Alterno 3126467132 - 3126735120

Formación

Básica:* Nombre de la Institución: Antonia Santos
Superior:* Nombre de la Institución: Sena Municipio: Monteria Municipio: Monteria

Grupo de Población

X Ninguna
___INPEC
___Emprendedores
___Remitidos por el Pal
___Discapacitados
___Jóvenes Vulnerables
___Mujer Cabeza de Hogar
___Reinsertados
___Microempresas
___Remitidos por el CIE
___Menor Infractor
___Negritudes
___Indígenas
___Soldados Campesinos
___Tercer Edad
___Artesanos
___Discapacitado Cognitivo
___Discapacidad
___Discapacitado Mental
___Limitación Auditiva
___Desplazados Discapacitados
___Discapacidad Limitación Física
___Indígenas Desplazados por la Violencia
___Desplazados por Fenómenos Naturales
___Discapacitado Limitación Visual
___Desplazados por la Violencia
___Afro Colombianos Desplazados por la Violencia
___Adolescentes desvinculados de grupos Armados
___Desplazados por la Violencia Cabeza de Familia
___Indígenas Desplazados por la Violencia
___Desplazados por Fenómenos Naturales
___Trabajador Infantil (Adolescente Trabajador)
___Afro Colombianos desplazados por la Violencia

Datos de Contacto en Caso de Emergencia

Nombres y Apellidos: Doris de Leis Diaz
Parentesco: Mamá Celular: 3129467132.
Empresa donde labora: Ama de casa. Fecha de Nacimiento(D/M/A): 07/06/1980 Tel Fijo: 7830171

Firma Aprendiz: Firma Instructor:

INCLUIR AL RESPALDO FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD AMPLIADA AL 150%

SENA

FICHA DE MATRICULA
F001-007-25 / Versión 01
Proceso: Administración educativa
Procedimiento: Inscripción

Fecha de recepción:

Información Sistema de Formación

Nº de ficha:		Tipo de formación:	Titulada		Programa de formación:	Tecnologo Contabilidad
			Complementaria			

Datos Generales

Tipo de Identificación*: CC X TI ___ Otro ___ Nº 1067906641 Fecha de Expedición(D/M/A):* 11-12-2009

País de Expedición:* COLOMBIA Departamento de Expedición:* CORDOBA Municipio de Expedición:* MONTERIA

Nombres:* JENNIFER BEATRIZ

Primer Apellido:* CANTERO Segundo Apellido: MADRID

E-mail:* Jennifer-1546@hotmail.com Confirmación del e-mail: Jennifer-1546@hotmail.com

Tipo de Sangre:* ___ AB+ ___ AB- X A+ ___ A- ___ B+ ___ B- ___ O+ ___ O-

Estrato:* ___ Uno ___ Dos ___ Tres ___ Cuatro ___ Cinco ___ Seis

Estado Civil: ___ Soltero ___ Casado ___ Unión Libre ___ Separado ___ Viudo

Fecha nacimiento:* 03 DICIEMBRE 1991

Genero:* FEMENINO

Libreta Mili.: NO

País: COLOMBIA

Departamento: CORDOBA

Municipio: MONTERIA

Servicio de Salud

Tiene EPS* SI X No ___

___ Red Salud Atención Humana
___ Saludcoop Organismo Coorperativo
___ Servicio Occidental de Salud
___ Multimedicas Salud con Calidad
___ Emp Medicas de Medellin Dep
___ Programa Comfenalco Antioquia
___ Prog de Servicio Médico Colpatria S.A.
___ Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles
___ Fondo de Solidaridad y garantia Ministerio de Salud
___ Coomeva
___ Cruz Blanca
___ Ecoopsos
___ Mutual
___ ISS
___ Red Salud
___ Salud
___ Salud
___ Humana Vivir S.A.
___ Colsubsidio
___ Comfenalco
___ Nueva EPS
___ Golden Cross S.A.
X Salud Total
___ Salud Vida
___ Cafesalud
___ Sanitas
___ Solsalud
___ Unicajas
___ Compensar
___ Cafam
___ Caprecom
___ Colmedica
___ EPS Sura
___ Famisanar
___ Otra

Lugar de Residencia

País*: COLOMBIA Departamento*: CORDOBA Municipio*: MONTERIA

Zona: URBANA Barrio: ALFONSO LOPEZ Dirección:* CRA 8D # 5°07

Tel Fijo:* 7917523 Celular: 3046083115 Tel Alterno 3135541109

Educación

Básica:* Nombre de la Institución: INSTITUCION EDUCATIVA COMFACOR Municipio: MONTERIA

Superior:* Nombre de la Institución: Municipio: MONTERIA.

Tipo de Población

X Ninguna
___ INPEC
___ Emprendedores
___ Remitidos por el Pal
___ Discapacitados
___ Jóvenes Vulnerables
___ Mujer Cabeza de Hogar
___ Reinsertados
___ Microempresas
___ Remitidos por el CIE
___ Menor Infractor
___ Negritudes
___ Indígenas
___ Soldados Campesinos
___ Tercer Edad
___ Artesanos
___ Discapacitado Cognitivo
___ Discapacidad
___ Discapacitado Mental
___ Limitación Auditiva
___ Desplazados Discapacitados
___ Discapacidad Limitación Física
___ Indígenas Desplazados por la Violencia
___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Discapacitado Limitación Visual
___ Desplazados por la Violencia
___ Afro Colombianos Desplazados por la Violencia
___ Adolescentes desvinculados de grupos Armados
___ Desplazados por la Violencia Cabeza de Familia
___ Indígenas Desplazados por la Violencia
___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Trabajador Infantil (Adolescente Trabajador)
___ Afro Colombianos desplazados por la Violencia

Contacto en caso de Emergencia

Nombres y Apellidos: GLORIA CECILIA CANTERO MADRID Celular: 3135541109

Parentesco: MAMA Fecha de Nacimiento(D/M/A): 08/06/1973 Tel Fijo: 7917523

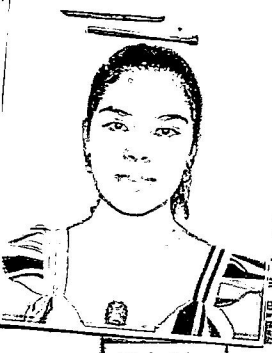
Empresa donde labora:

Firma Aprendiz: JENNIFER CANTERO MADRID

Firma Instructor:

Nota: Diligenciar con letra clara y legible, sin tachones ni enmendaduras

INCLUIR AL RESPALDO FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD AMPLIADA AL 150%



DE MATRICULA
007-25 / Versión 01
eso: Administración educativa
edimiento: Inscripción

Fecha de recepción:

Ficha formación

Nº de ficha:		Tipo de formación	Titulada		Programa de formación: Tecnólogo en contabilidad
			Complementaria		

Datos Generales

Tipo de Identificación*: CC ___ TI X Otro ___ Nº 1003002764 Fecha de Expedición(D/M/A):* 04 - nov - 2016

País de Expedición:* Colombia Departamento de Expedición:* Córdoba Municipio de Expedición:* Montería

Nombres:* Tatiana Marcela

Primer Apellido:* González Segundo Apellido: Cuadrado

E-mail:* tatianamarcelagonzalezcuadrado@gmail Confirmación del e-mail: tatianamarcelagonzalezcuadrado@gmail.com

Tipo de Sangre:*
___ AB+
___ AB-
___ A+
___ A-
___ B+
___ B-
X O+
___ O-

Estrato:* X Uno ___ Dos ___ Tres ___ Cuatro ___ Cinco ___ Seis

Estado Civil: X Soltero ___ Casado ___ Unión Libre ___ Separado ___ Viudo

Fecha nacimiento:* 15 - Junio - 2002

Genero:* Femenino

Libreta Mili: no aplica

País: Colombia

Departamento: Córdoba

Municipio: Montería

Servicio de Salud

Tiene EPS* SI X No ___

___ Red Salud Atención Humana
___ Saludcoop Organismo Coorperativo
___ Servicio Occidental de Salud
___ Multimedicas Salud con Calidad
___ Emp Medicas de Medellin Dep
___ Programa Comfenalco Antioquia
___ Prog de Servicio Médico Colpatria S.A.
___ Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles
___ Fondo de Solidaridad y garantía Ministerio de Salud
___ Coomeva
___ Cruz Blanca
___ Ecoopsos
___ Mutual
___ ISS
___ Red Salud
___ Salud
___ Salud
___ Humana Vivir S.A.
___ Colsubsidio
___ Comfenalco
___ Nueva EPS
___ Golden Cross S.A.
X Salud Total
___ Salud Vida
___ Cafesalud
___ Sanitas
___ Solsalud
___ Unicajas
___ Compensar
___ Cafam
___ Caprecom
___ Colmedica
___ EPS Sura
___ Famisanar
___ Otra

Lugar de Residencia

País*: Colombia Departamento*: Córdoba Municipio*: Montería

Zona: Urbana Barrio: Cantaclaro Dirección:* Mz 135 Lte 3 S/isla

Tel Fijo:* 3216458242 Celular: 3104144743 Tel Alterno 3216458242

Educación

Básica:* Nombre de la Institución: I.E San José Municipio: Montería

Superior:* Nombre de la Institución: SENA Municipio: Montería

Tipo de Población

X Ninguna
___ INPEC
___ Emprendedores
___ Remitidos por el Pal
___ Discapacitados
___ Jóvenes Vulnerables
___ Mujer Cabeza de Hogar
___ Reinsertados
___ Microempresas
___ Remitidos por el CIE
___ Menor Infractor
___ Negritudes
___ Indígenas
___ Soldados Campesinos
___ Tercer Edad
___ Artesanos
___ Discapacitado Cognitivo
___ Discapacidad
___ Discapacitado Mental
___ Limitación Auditiva
___ Desplazados Discapacitados
___ Discapacidad Limitación Física
___ Indígenas Desplazados por la Violencia
___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Discapacitado Limitación Visual
___ Desplazados por la Violencia
___ Afro Colombianos Desplazados por la Violencia
___ Adolescentes desvinculados de grupos Armados
___ Desplazados por la Violencia Cabeza de Familia
___ Indígenas Desplazados por la Violencia
___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Trabajador Infantil (Adolescente Trabajador)
___ Afro Colombianos desplazados por la Violencia

Contacto en caso de Emergencia

Nombres y Apellidos: Sandra Milena Cuadrado López Celular: 3216458242

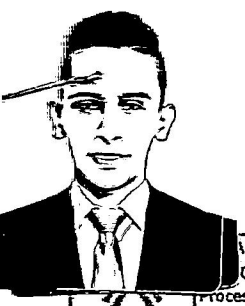
Parentesco: Madre Fecha de Nacimiento(D/M/A): 25 - Enero - 75 Tel Fijo:

Empresa donde labora: ICBF

Firma Aprendiz:	Firma Instructor:
Tatiana M González Cuadrado	

Nota: Todo lo que posee (*) es de obligatorio diligenciamiento

INCLUIR AL RESPALDO FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD AMPLIADA AL 150%



DE MATRICULA
007-25 / Versión 01
Proceso: Administración educativa
Procedimiento: Inscripción

Fecha de recepción:

Información de la formación

Nº de ficha:		Tipo de formación	Titulada		Programa de formación:	Tecnologo en Contabilidad
			Complementaria			

Datos Generales

Tipo de Identificación*: CC X Ti ___ Otro ___ Nº 1003762712 Fecha de Expedición(D/M/A):* 17/04/2016

País de Expedición:* Colombia Departamento de Expedición:* Cordoba Municipio de Expedición:* Monteria

Nombres:* Camilo Andres

Primer Apellido:* Hernandez Segundo Apellido: Fernandez

E-mail:* Hernandez camilo497@gmail.com Confirmación del e-mail: Hernandez camilo497@gmail.com

Tipo de Sangre:* ___ AB+ ___ AB- ___ A+ ___ A- ___ B+ ___ B- X O+ ___ O-

Estrato:* X Uno ___ Dos ___ Tres ___ Cuatro ___ Cinco ___ Seis

Estado Civil: X Soltero ___ Casado ___ Unión Libre ___ Separado ___ Viudo

Fecha nacimiento:* 02/04/1998

Genero:* Masculino

Libreta Mil: NO

País: Colombia

Departamento: Cordoba

Municipio: Monteria

Servicio de Salud

Tiene EPS* SI X No ___

___ Red Salud Atención Humana	___ Coomeva	___ Colsubsidio	___ Unicajas
___ Saludcoop Organismo Coorperativo	___ Cruz Blanca	___ Comfenalco	___ Compensar
___ Servicio Occidental de Salud	___ Ecoopsos	___ Nueva EPS	___ Cafam
___ Multimedicas Salud con Calidad	X Mutual	___ Golden Cross S.A.	___ Caprecom
___ Emp Medicas de Medellin Dep	___ ISS	___ Salud Total	___ Colmedica
___ Programa Comfenalco Antioquia	___ Red Salud	___ Salud Vida	___ EPS Sura
___ Prog de Servicio Médico Colpatria S.A.	___ Salud	___ Cafesalud	___ Famisanar
___ Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles	___ Salud	___ Sanitas	___ Otra
___ Fondo de Solidaridad y garantia Ministerio de Salud	___ Humana Vivir S.A.	___ Solsalud	

Lugar de Residencia

País*: Colombia Departamento*: Cordoba Municipio*: Monteria

Zona: Rural Barrio: Finca Yirica Dirección:* Kilometro 30 via Yirica

Tel Fijo:* Celular: 3058254623 Tel Alterno 3043827458

Educación

Básica:* Nombre de la Institución: Pablo Emilio Municipio: Monteria

Superior:* Nombre de la Institución: SENA Municipio: Monteria

Tipo de Población

X Ninguna	___ Negritudes	___ Indígenas Desplazados por la Violencia
___ INPEC	___ Indígenas	___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Emprendedores	___ Soldados Campesinos	___ Discapacitado Limitación Visual
___ Remitidos por el Pal	___ Tercer Edad	___ Desplazados por la Violencia
___ Discapacitados	___ Artesanos	___ Afro Colombianos Desplazados por la Violencia
___ Jóvenes Vulnerables	___ Discapacitado Cognitivo	___ Adolescentes desvinculados de grupos Armados
___ Mujer Cabeza de Hogar	___ Discapacidad	___ Desplazados por la Violencia Cabeza de Familia
___ Reinsertados	___ Discapacitado Mental	___ Indígenas Desplazados por la Violencia
___ Microempresas	___ Limitación Auditiva	___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Remitidos por el CIE	___ Desplazados Discapacitados	___ Trabajador Infantil (Adolescente Trabajador)
___ Menor Infractor	___ Discapacidad Limitación Física	___ Afro Colombianos desplazados por la Violencia

Contacto en caso de Emergencia

Nombres y Apellidos: Jorge Luis Maestre Bermudez Celular: 3043827458

Parentesco: Tio Fecha de Nacimiento(D/M/A): 06/03/1975 Tel Fijo:

Empresa donde labora: Nissan

Firma Aprendiz:	Firma Instructor:
Camilo Hernandez	

Nota: Todo lo que tiene (*) asterisco es de obligatorio diligenciamiento

INCLUIR AL RESPALDO FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD AMPLIADA AL 150%

FICHA DE MATRICULA
F001-007-25 / Versión 01
Proceso: Administración educativa
Procedimiento: Inscripción

Fecha de recepción:

Identificación de la formación

N° de ficha:		Tipo de formación	Titulada / Complementaria		Programa de formación:	Tecnólogo Contaduría

Datos Generales

Tipo de Identificación*: CC X Ti ___ Otro ___ Nº 1067897717 Fecha de Expedición(D/M/A):* 02-04-2009

País de Expedición:* Colombia Departamento de Expedición:* Cordoba Municipio de Expedición:* Montería

Nombres:* Leiby Del Carmen

Primer Apellido:* Meza Segundo Apellido: Arteaga.

E-mail:* ldmeza71@misena.edu.co Confirmación del e-mail: ldmeza71@misena.edu.co

Tipo de Sangre:*
___ AB+
___ AB-
___ A+
___ A-
___ B+
___ B-
X O+
___ O-

Estrato:*
X Uno
___ Dos
___ Tres
___ Cuatro
___ Cinco
___ Seis

Estado Civil:
X Soltero
___ Casado
___ Unión Libre
___ Separado
___ Viudo

Fecha nacimiento:* 12 Feb 1991.

Genero:* femenino

Libreta Mil: ___

País: ___

Departamento: ___

Municipio: ___

Servicio de Salud

Tiene EPS* SI X No ___

___ Red Salud Atención Humana	___ Coomeva	___ Colsubsidio	___ Unicajas
___ Saludcoop Organismo Coorperativo	___ Cruz Blanca	___ Comfenalco	___ Compensar
___ Servicio Occidental de Salud	___ Ecoopsos	___ Nueva EPS	___ Cafam
___ Multimedicas Salud con Calidad	___ Mutual	___ Golden Cross S.A.	___ Caprecom
___ Emp Medicas de Medellin Dep	___ ISS	X Salud Total	___ Colmedica
___ Programa Comfenalco Antioquia	___ Red Salud	___ Salud Vida	___ EPS Sura
___ Prog de Servicio Médico Colpatria S.A.	___ Salud	___ Cafesalud	___ Famisanar
___ Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles	___ Salud	___ Sanitas	___ Otra
___ Fondo de Solidaridad y garantia Ministerio de Salud	___ Humana Vivir S.A.	___ Solsalud	

Lugar de Residencia:

País*: Colombia Departamento*: Cordoba Municipio*: Montería

Zona: Urbana Barrio: el Dorado Dirección:* Cra 12 aa # 25-46

Tel Fijo:* ___ Celular: 3014383935 Tel Alterno 3145096806.

Educación:

Básica:* Nombre de la Institución: Liceo Los Angeles. Municipio: Montería.

Superior:* Nombre de la Institución: Inst Ed. Antonio NARIÑO. Municipio: Montería

Tipo de Población:

X Ninguna	___ Negritudes	___ Indígenas Desplazados por la Violencia
___ INPEC	___ Indígenas	___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Emprendedores	___ Soldados Campesinos	___ Discapacitado Limitación Visual
___ Remitidos por el Pal	___ Tercer Edad	___ Desplazados por la Violencia
___ Discapacitados	___ Artesanos	___ Afro Colombianos Desplazados por la Violencia
___ Jóvenes Vulnerables	___ Discapacitado Cognitivo	___ Adolescentes desvinculados de grupos Armados
___ Mujer Cabeza de Hogar	___ Discapacidad	___ Desplazados por la Violencia Cabeza de Familia
___ Reinsertados	___ Discapacitado Mental	___ Indígenas Desplazados por la Violencia
___ Microempresas	___ Limitación Auditiva	___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Remitidos por el CIE	___ Desplazados Discapacitados	___ Trabajador Infantil (Adolescente Trabajador)
___ Menor Infractor	___ Discapacidad Limitación Física	___ Afro Colombianos desplazados por la Violencia

Contacto en caso de Emergencia:

Nombres y Apellidos: Nelly Arteaga. Celular: 3145096806.

Parentesco: Madre Fecha de Nacimiento(D/M/A): 18 Mar 1969 Tel Fijo: ___

Empresa donde labora: ___

Firma Aprendiz: Leiby Meza Arteaga.

Firma Instructor:

Nota: Todo lo que posee (*) asterisco es de obligatorio diligenciamiento

INCLUIR AL RESPALDO FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD AMPLIADA AL 150%

FICHA DE MATRICULA
F001-007-25 / Versión 01
Proceso: Administración educativa
Procedimiento: Inscripción

Fecha de recepción:

Especificación de la formación

N° de ficha:		Tipo de formación	Titulada:		Programa de formación:	X Tecnólogo en Contabilidad
			Complementaria:			

Datos Generales

Tipo de Identificación*: CC X TI ___ Otro ___ N° 1.067.944.720 Fecha de Expedición(D/M/A):* 25-Nov-2013

País de Expedición:* Colombia Departamento de Expedición:* Cordoba Municipio de Expedición:* Montería

Nombres:* Yuliana

Primer Apellido:* Mestra Segundo Apellido: González

E-mail:* Yumega1995@gmail.com Confirmación del e-mail: yumega1995@gmail.com

Tipo de Sangre:* ___ AB+ ___ AB- X A+ ___ A- ___ B+ ___ B- ___ O+ ___ O-

Estrato:* X Uno ___ Dos ___ Tres ___ Cuatro ___ Cinco ___ Seis

Estado Civil: X Soltero ___ Casado ___ Unión Libre ___ Separado ___ Viudo

Fecha nacimiento:* 08-Nov-1995

Genero:* femenino

Libreta Mil: ___

País: Colombia

Departamento: Cordoba

Municipio: Montería

Servicio de Salud

Tiene EPS* SI X No ___

___ Red Salud Atención Humana
___ Saludcoop Organismo Coorperativo
___ Servicio Occidental de Salud
___ Multimedicas Salud con Calidad
___ Emp Medicas de Medellin Dep
___ Programa Comfenalco Antioquia
___ Prog de Servicio Médico Colpatria S.A.
___ Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles
___ Fondo de Solidaridad y garantia Ministerio de Salud
___ Coomeva
___ Cruz Blanca
___ Ecoopsos
___ Mutual
___ ISS
___ Red Salud
___ Salud
___ Salud
___ Humana Vivir S.A
___ Colsubsidio
___ Comfenalco
X Nueva EPS
___ Golden Cross S.A.
___ Salud Total
___ Salud Vida
___ Cafesalud
___ Sanitas
___ Solsalud
___ Unicajas
___ Compensar
___ Cafam
___ Caprecom
___ Colmedica
___ EPS Sura
___ Famisanar
___ Otra

Lugar de Residencia

País*: Colombia Departamento*: Cordoba Municipio*: Montería

Zona: Urbana Barrio: El paraiso Dirección:* M2 A1 Lt 1

Tel Fijo:* ___ Celular: 3114159090 Tel Alterno: 3109084521

Educación

Básica:* Nombre de la Institución: Educativa Liceo la pradera Municipio: Montería

Superior:* Nombre de la Institución: Municipio:

Tipo de Población

___ Ninguna
___ INPEC
___ Emprendedores
___ Remitidos por el Pal
___ Discapacitados
___ Jóvenes Vulnerables
___ Mujer Cabeza de Hogar
___ Reinsertados
___ Microempresas
___ Remitidos por el CIE
___ Menor Infractor
___ Negritudes
___ Indígenas
___ Soldados Campesinos
___ Tercer Edad
___ Artesanos
___ Discapacitado Cognitivo
___ Discapacidad
___ Discapacitado Mental
___ Limitación Auditiva
___ Desplazados Discapacitados
___ Discapacidad Limitación Física
___ Indígenas Desplazados por la Violencia
___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Discapacitado Limitación Visual
X Desplazados por la Violencia
___ Afro Colombianos Desplazados por la Violencia
___ Adolescentes desvinculados de grupos Armados
___ Desplazados por la Violencia Cabeza de Familia
___ Indígenas Desplazados por la Violencia
___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Trabajador Infantil (Adolescente Trabajador)
___ Afro Colombianos desplazados por la Violencia

Contacto en caso de Emergencia

Nombres y Apellidos: Silvia Elena Gonzalez Martinez Celular: 3109084521

Parentesco: Madre Fecha de Nacimiento(D/M/A): 29-A60- Tel Fijo: ___

Empresa donde labora: Comerciante.

Firma Aprendiz: Yuliana Mestra G.

Firma Instructor:

Si usted tiene hijo(s) menor(es) de edad, es obligatorio diligenciarlo

INCLUIR AL RESPALDO FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD AMPLIADA AL 150%

FICHA DE MATRICULA
F001-007-25 / Versión 01
Proceso: Administración educativa
Procedimiento: Inscripción
Fecha de recepción:

Identificación de la formación

N° de ficha:		Tipo de formación	Titulada		Programa de formación:	Tecnologo con habilidad
			Complementaria			

Datos Generales

Tipo de Identificación*: CC X Ti ___ Otro ___ Nº 1098678733 Fecha de Expedición(D/M/A):* 16-01-2002

País de Expedición:* Colombia Departamento de Expedición:* Cordoba Municipio de Expedición:* San pelayo

Nombres:* Mirle Ibis

Primer Apellido:* Mesa Segundo Apellido: Anaya

E-mail:* mirle.mesa@gmail.com Confirmación del e-mail: mirle.mesa@gmail.com

Tipo de Sangre:*
___ AB+
___ AB-
X A+
___ A-
___ B+
___ B-
___ O+
___ O-

Estrato:*
X Uno
___ Dos
___ Tres
___ Cuatro
___ Cinco
___ Seis

Estado Civil:
X Soltero
___ Casado
___ Unión Libre
___ Separado
___ Viudo

Fecha nacimiento:* 31-12-1982

Genero:* Femenino

Libreta Mil.: ___

País: ___

Departamento: ___

Municipio: ___

Servicio de Salud

Tiene EPS* SI X No ___

___ Red Salud Atención Humana
___ Saludcoop Organismo Coorperativo
___ Servicio Occidental de Salud
___ Multimedicas Salud con Calidad
___ Emp Medicas de Medellin Dep
___ Programa Comfenalco Antioquia
___ Prog de Servicio Médico Colpatria S.A.
___ Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles
___ Fondo de Solidaridad y garantia Ministerio de Salud
___ Coomeva
___ Cruz Blanca
___ Ecoopsos
X Mutual
___ ISS
___ Red Salud
___ Salud
___ Salud
___ Humana Vivir S.A.
___ Colsubsidio
___ Comfenalco
___ Nueva EPS
___ Golden Cross S.A.
___ Salud Total
___ Salud Vida
___ Cafesalud
___ Sanitas
___ Solsalud
___ Unicajas
___ Compensar
___ Cafam
___ Caprecom
___ Colmedica
___ EPS Sura
___ Famisanar
___ Otra

Lugar de Residencia

País*: Colombia Departamento*: Cordoba Municipio*: San Pelayo.

Zona: Rural Barrio: Corregimiento Dirección:* Pelayito.

Tel Fijo:* ___ Celular: 3112097621 Tel Alterno 3135173990.

Educación

Básica:* Nombre de la Institución: Donciciana Galvan Municipio: San Pelayo.

Superior:* Nombre de la Institución: Santa teresita Municipio: San pelayo.

Tipo de Población

X Ninguna
___ INPEC
___ Emprendedores
___ Remitidos por el Pal
___ Discapacitados
___ Jóvenes Vulnerables
___ Mujer Cabeza de Hogar
___ Reinsertados
___ Microempresas
___ Remitidos por el CIE
___ Menor Infractor
___ Negritudes
___ Indígenas
___ Soldados Campesinos
___ Tercer Edad
___ Artesanos
___ Discapacitado Cognitivo
___ Discapacidad
___ Discapacitado Mental
___ Limitación Auditiva
___ Desplazados Discapacitados
___ Discapacidad Limitación Física
___ Indígenas Desplazados por la Violencia
___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Discapacitado Limitación Visual
___ Desplazados por la Violencia
___ Afro Colombianos Desplazados por la Violencia
___ Adolescentes desvinculados de grupos Armados
___ Desplazados por la Violencia Cabeza de Familia
___ Indígenas Desplazados por la Violencia
___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Trabajador Infantil (Adolescente Trabajador)
___ Afro Colombianos desplazados por la Violencia

Contacto en caso de Emergencia

Nombres y Apellidos: Yuranis Margarita Mesa F. Celular: 3135173990

Parentesco: Prima Fecha de Nacimiento(D/M/A): 22 de sep 83 Tel Fijo: ___

Empresa donde labora: Ama de Casa.

Firma Aprendiz: Mirle Mesa Anaya

Firma Instructor: ___

Nota: Todo lo que posea (s) estenso(s) debe ser diligenciado

INCLUIR AL RESPALDO FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD AMPLIADA AL 150%



FICHA DE MATRICULA
F001-007-25 / Versión 01
Proceso: Administración educativa
Procedimiento: Inscripción

Fecha de recepción:

DISTRIBUCIÓN DE APRENDICES

Nº de ficha: | Tipo de formación: Titulada / Complementaria | Programa de formación: TECNOLOGO COMITABILIDAD

Datos Generales

Tipo de Identificación:* CC X TI ___ Otro ___ Nº 1067848756 Fecha de Expedición(D/M/A):* 15-02-2015
País de Expedición:* COLOMBIA Departamento de Expedición:* CORDOBA Municipio de Expedición:* MONTERÍA
Nombres:* MARCIAL SEGUNDO
Primer Apellido:* MADRID Segundo Apellido: RUIZ
E-mail:* masamaru221015@gmail.com Confirmación del e-mail: masamaru221015@gmail.com

Tipo de Sangre:* ___ AB+ ___ AB- ___ A+ ___ A- ___ B+ ___ B- X O+ ___
Estrato:* ___ Uno X Dos ___ Tres ___ Cuatro ___ Cinco ___ Seis
Estado Civil: ___ Soltero ___ Casado X Unión Libre ___ Separado ___ Viudo
Fecha nacimiento:* 12-11-1986
Genero:* MASCULINO
Libreta Mil.
País: COLOMBIA
Departamento: CORDOBA
Municipio: MONTERÍA

Servicio de Salud

Tiene EPS:* SI X No ___

___ Red Salud Atención Humana
___ Saludcoop Organismo Coorperativo
___ Servicio Occidental de Salud
___ Multimedicas Salud con Calidad
___ Emp Medicas de Medellin Dep
___ Programa Comfenalco Antioquia
___ Prog de Servicio Médico Colpatria S.A.
___ Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles
___ Fondo de Solidaridad y garantía Ministerio de Salud
___ Coomeva
___ Cruz Blanca
___ Ecoopsos
___ Mutual
___ ISS
___ Red Salud
___ Salud
___ Salud
___ Humana Vivir S.A.
___ Colsubsidio
___ Comfenalco
X Nueva EPS
___ Golden Cross S.A.
___ Salud Total
___ Salud Vida
___ Cafesalud
___ Sanitas
___ Solsalud
___ Unicajas
___ Compensar
___ Cafam
___ Caprecom
___ Colmedica
___ EPS Sura
___ Famisanar
___ Otra

Lugar de Residencia

País:* COLOMBIA Departamento:* CORDOBA Municipio:* MONTERÍA
Zona: URBANA Barrio: VALLEJO Dirección:* KRA 15 W # 17-39
Tel Fijo:* 7947367 Celular: 3205470486 Tel Alterno 3126654465

Educación

Básica:* Nombre de la Institución: INSTESAN Municipio: MONTERÍA
Superior:* Nombre de la Institución: Municipio:

Tipo de Población

X Ninguna
___ INPEC
___ Emprendedores
___ Remitidos por el Pal
___ Discapacitados
___ Jóvenes Vulnerables
___ Mujer Cabeza de Hogar
___ Reinsertados
___ Microempresas
___ Remitidos por el CIE
___ Menor Infractor
___ Negritudes
___ Indígenas
___ Soldados Campesinos
___ Tercer Edad
___ Artesanos
___ Discapacitado Cognitivo
___ Discapacidad
___ Discapacitado Mental
___ Limitación Auditiva
___ Desplazados Discapacitados
___ Discapacidad Limitación Física
___ Indígenas Desplazados por la Violencia
___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Discapacitado Limitación Visual
___ Desplazados por la Violencia
___ Afro Colombianos Desplazados por la Violencia
___ Adolescentes desvinculados de grupos Armados
___ Desplazados por la Violencia Cabeza de Familia
___ Indígenas Desplazados por la Violencia
___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Trabajador Infantil (Adolescente Trabajador)
___ Afro Colombianos desplazados por la Violencia

Contacto en caso de Emergencia

Nombres y Apellidos: ANA MARIA SANCHEZ CHICA Celular: 3126654465
Parentesco: CONYUGUE Fecha de Nacimiento(D/M/A): 29-07-1987 Tel Fijo: 7947367
Empresa donde labora: BERNARDO ESPINOSA

Firma Aprendiz:	Firma Instructor:
Marcial Segundo Ruiz	

INCLUIR AL RESPALDO FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD AMPLIADA AL 150%



MATRICULA
15 / Versión 01
dministración educativa
ento: Inscripción

Fecha de recepción:

rmación

Tipo de formación	Titulada	Complementaria	Programa de formación: TECNOLOGO EN CONTABILIDAD.

Datos Personales

Tipo de Identificación*: CC X Ti ___ Otro ___ Nº 1.233.340.970 Fecha de Expedición(D/M/A):* 14-01-2016

País de Expedición:* MONTERIA Departamento de Expedición:* CORDOBA Municipio de Expedición:* MONTERIA

Nombres:* CARLOS ALBERTO

Primer Apellido:* MERCADO Segundo Apellido: GARRIDO

E-mail:* WWW.CARLOSGARRIDOCDZ@HOTMAIL.COM Confirmación del e-mail: WWW.CARLOSGARRIDOCDZ@HOTMAIL.COM

Tipo de Sangre:*
___ AB+
X AB-
___ A+
___ A-
___ B+
___ B-
___ O+
___ O-

Estrato:*
X Uno
___ Dos
___ Tres
___ Cuatro
___ Cinco
___ Seis

Estado Civil:
X Soltero
___ Casado
___ Unión Libre
___ Separado
___ Viudo

Fecha nacimiento:* 28-11-1997

Genero:* MASCULINO

Libreta Mili:

País: COLOMBIA

Departamento: CORDOBA

Municipio: MONTERIA

Servicio de Salud

Tiene EPS* SI X No ___

___ Red Salud Atención Humana
___ Saludcoop Organismo Coorperativo
___ Servicio Occidental de Salud
___ Multimedicas Salud con Calidad
___ Emp Medicas de Medellin Dep
___ Programa Comfenalco Antioquia
___ Prog de Servicio Médico Colpatria S.A.
___ Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles
___ Fondo de Solidaridad y garantia Ministerio de Salud
___ Coomeva
___ Cruz Blanca
___ Ecoopsos
___ Mutual
___ ISS
___ Red Salud
___ Salud
___ Salud
___ Humana Vivir S.A.
___ Colsubsidio
___ Comfenalco
X Nueva EPS
___ Golden Cross S.A.
___ Salud Total
___ Salud Vida
___ Cafesalud
___ Sanitas
___ Solsalud
___ Unicajas
___ Compensar
___ Cafam
___ Caprecom
___ Colmedica
___ EPS Sura
___ Famisanar
___ Otra

Lugar de Residencia

País*: COLOMBIA Departamento*: CORDOBA Municipio*: MONTERIA

Zona: RURAL Barrio: Dirección:* KM 19 VIA PLANETA RICA

Tel Fijo:* Celular: 311 669 0868 Tel Alterno

Educación

Básica:* Nombre de la Institución: INSTITUCION EDUCATIVA KM 12 Municipio: MONTERIA

Superior:* Nombre de la Institución: SERVICIO NACIONAL APRENDIZAJE SENA Municipio: MONTERIA

Tipo de Población

X Ninguna
___ INPEC
___ Emprendedores
___ Remitidos por el Pal
___ Discapacitados
___ Jóvenes Vulnerables
___ Mujer Cabeza de Hogar
___ Reinsertados
___ Microempresas
___ Remitidos por el CIE
___ Menor Infractor
___ Negritudes
___ Indígenas
___ Soldados Campesinos
___ Tercer Edad
___ Artesanos
___ Discapacitado Cognitivo
___ Discapacidad
___ Discapacitado Mental
___ Limitación Auditiva
___ Desplazados Discapacitados
___ Discapacidad Limitación Física
___ Indígenas Desplazados por la Violencia
___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Discapacitado Limitación Visual
___ Desplazados por la Violencia
___ Afro Colombianos Desplazados por la Violencia
___ Adolescentes desvinculados de grupos Armados
___ Desplazados por la Violencia Cabeza de Familia
___ Indígenas Desplazados por la Violencia
___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Trabajador Infantil (Adolescente Trabajador)
___ Afro Colombianos desplazados por la Violencia

Contacto en caso de Emergencia

Nombres y Apellidos: EINTH SOFIA GARRIDO TORDECILLA Celular: 320 699 8108

Parentesco: MAMA Fecha de Nacimiento(D/M/A): 19-11-1984 Tel Fijo:

Empresa donde labora: INDEPENDIENTE

Firma Aprendiz: CARLOS MERCADO G. Firma Instructor:

Nota: Todo lo que posee * es de carácter obligatorio diligenciamiento

INCLUIR AL RESPALDO FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD AMPLIADA AL 150%



Contabilidad.

A DE MATRICULA
-007-25 / Versión 01
Proceso: Administración educativa
Procedimiento: Inscripción

Fecha de recepción:

Nº de folio:	Tipo de formación:	Titulada	Complementaria	Programa de formación: TECNOLOGO CONTABILIDAD

Datos Generales

Tipo de Identificación*: CC X TI ___ Otro ___ Nº 1192788139 Fecha de Expedición(D/M/A):* 19-8-2011

País de Expedición:* Colombia Departamento de Expedición:* Cordoba Municipio de Expedición:* Montería

Nombres:* Maria Ignacia

Primer Apellido:* Milanes Segundo Apellido: Perez

Email:* mariamilanes21@hotmail.com Confirmación del e-mail: mariamilanes21@hotmail.com

Tipo de Sangre:* ___ AB+ ___ AB- ___ A+ ___ A- ___ B+ ___ B- X O+ ___ O-

Estrato:* ___ Uno ___ Dos ___ Tres ___ Cuatro ___ Cinco ___ Seis

Estado Civil: ___ Soltero ___ Casado ___ Unión Libre ___ Separado ___ Viudo

Fecha nacimiento:* ___ Genero:* ___ Libreta Mili: ___ País: ___ Departamento: ___ Municipio: ___

Seguridad de Salud

Tiene EPS* SI X NO ___

___ Red Salud Atención Humana
___ Saludcoop Organismo Coorperativo
___ Sanitas Occidental de Salud
___ Multimedicas Salud con Calidad
___ Emp Medicas de Medellin Dep
___ Programa Comfenalco Antioquia
___ Prog de Servicio Médico Colpatria S.A.
___ Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles
___ Fondo de Solidaridad y garantia Ministerio de Salud
___ Coomeva
___ Cruz Blanca
___ Ecoopsos
___ Mutual
___ ISS
___ Red Salud
___ Salud
___ Salud
___ Humana Vivir S.A.
___ Colsubsidio
___ Comfenalco
X Nueva EPS
___ Golden Cross S.A.
___ Salud Total
___ Salud Vida
___ Cafesalud
___ Sanitas
___ Solsalud
___ Unicajas
___ Compensar
___ Cafam
___ Caprecom
___ Colmedica
___ EPS Sura
___ Famisanar
___ Otra

Lugar de Residencia

País:* Colombia Departamento*: Cordoba Municipio*: Montería

Zona: Urbana Barrio: Padera Dirección:* M2 56 24 Et 11

Tel Fijo* 7892455 Celular: 3205421195 Tel Alterno 3005244974

Educación

Básica:* Nombre de la Institución: San Fernando Terrini Municipio: Montería

Superior:* Nombre de la Institución: Municipio: Montería

Grupo de Población

___ Ninguna
___ DPEC
___ Emprendedores
___ Remitidos por el Pal
___ Discapacitados
___ Jóvenes Vulnerables
___ Mujer Cabeza de Hogar
___ Reinsertados
___ Microempresas
___ Remitidos por el CIE
___ Menor Infractor
___ Negritudes
___ Indígenas
___ Soldados Campesinos
___ Tercer Edad
___ Artesanos
___ Discapacitado Cognitivo
___ Discapacidad
___ Discapacitado Mental
___ Limitación Auditiva
___ Desplazados Discapacitados
___ Discapacidad Limitación Física
___ Indígenas Desplazados por la Violencia
___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Discapacitado Limitación Visual
___ Desplazados por la Violencia
___ Afro Colombianos Desplazados por la Violencia
___ Adolescentes desvinculados de grupos Armados
___ Desplazados por la Violencia Cabeza de Familia
___ Indígenas Desplazados por la Violencia
___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Trabajador Infantil (Adolescente Trabajador)
___ Afro Colombianos desplazados por la Violencia

Contacto en caso de Emergencia

Nombres y Apellidos: Astrid del carmen de la espriella Celular: 3005244974

Parentesco: Mama Fecha de Nacimiento(D/M/A): Tel Fijo: 7892455

Empresa donde labora: Independiente

Firma Aprendiz: Milanes P

Firma Instructor:

Nota: Adicionar los Teléfonos de Contacto del Aprendiz

INCLUIR AL RESPALDO FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD AMPLIADA AL 150%

Tec. de Contabilidad.

FORMATO DE INSCRIPCIÓN
SENA - SIMAS / Versión 01
Proceso: Administración educativa
Procedimiento: Inscripción

Fecha de recepción:

	Tipo de formación	Titulada		Programa de formación: TECNOLOGO CONTABILIDAD
		Complementaria		

Datos Generales

Tipo de Identificación*: CC X TI ___ Otro ___ Nº 1.193.531.131 Fecha de Expedición(D/M/A):* 03-01-2020

País de Expedición:* Colombia Departamento de Expedición:* Cordoba Municipio de Expedición:* Monteria

Nombres:* Nayerlis Sofia

Primer Apellido:* Martinez Segundo Apellido: Petro

e-mail:* Nayerlismartinez1@gmail.com Confirmación del e-mail: NayerlisMartinez1@gmail.com

Tipo de Sangre:* ___ AB+ Estrato:* X Uno Estado Civil: X Soltero Fecha nacimiento:* 23-12-2001

___ AB- ___ Dos ___ Casado Genero:* Femenino

___ A+ ___ Tres ___ Unión Libre Libreta Mil:

___ A- ___ Cuatro ___ Separado País: colombia

___ B+ ___ Cinco ___ Viudo Departamento: Cordoba

___ B- ___ Seis Municipio: Monteria

X O+

___ O-

Régimen de Salud

Tiene EPS* SI ___ No ___

Red Salud Atención Humana	___ Coomeva	___ Colsubsidio	___ Unicajas
Saludcoop Organismo Coorperativo	___ Cruz Blanca	___ Comfenalco	___ Compensar
Servicio Occidental de Salud	___ Ecoopsos	___ Nueva EPS	___ Cafam
Multimedicas Salud con Calidad	___ Mutual	___ Golden Cross S.A.	___ Caprecom
Emp Medicas de Medellin Dep	___ ISS	___ Salud Total	___ Colmedica
Programa Comfenalco Antioquia	___ Red Salud	___ Salud Vida	___ EPS Sura
Prog de Servicio Médico Colpatria S.A.	___ Salud	___ Cafesalud	___ Famisanar
Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles	___ Salud	___ Sanitas	X Otra
Fondo de Solidaridad y garantia Ministerio de Salud	___ Humana Vivir S.A.	___ Solsalud	

Lugar de Residencia

País: colombia Departamento*: Cordoba Municipio*: Monteria

Zona: Urbana Barrio: Rancho Grande Dirección:* Mz 48 lt 17

Tel Fijo* Celular: 3042061104 Tel Alterno 3116926626

Ocupación

Ocupación* Nombre de la Institución: Rancho Grande Municipio: Monteria

Ocupación* Nombre de la Institución: Municipio:

Grupo de Población

Ninguna	___ Negritudes	___ Indígenas Desplazados por la Violencia
NINEC	___ Indígenas	___ Desplazados por Fenómenos Naturales
Emprendedores	___ Soldados Campesinos	___ Discapacitado Limitación Visual
Remitidos por el Pal	___ Tercer Edad	X Desplazados por la Violencia
Discapacitados	___ Artesanos	___ Afro Colombianos Desplazados por la Violencia
Jóvenes Vulnerables	___ Discapacitado Cognitivo	___ Adolescentes desvinculados de grupos Armados
Mujer Cabeza de Hogar	___ Discapacidad	___ Desplazados por la Violencia Cabeza de Familia
Reinsertados	___ Discapacitado Mental	___ Indígenas Desplazados por la Violencia
Microempresas	___ Limitación Auditiva	___ Desplazados por Fenómenos Naturales
Remitidos por el CIE	___ Desplazados Discapacitados	___ Trabajador Infantil (Adolescente Trabajador)
Menor Infractor	___ Discapacidad Limitación Física	___ Afro Colombianos desplazados por la Violencia

Contacto en caso de Emergencia

Nombres y Apellidos: Arnaury Alberto Martinez Alvarez Celular: 3234583620

Parentesco: padre Fecha de Nacimiento(D/M/A): 21-06-1943 Tel Fijo:

Empresa donde labora: Comerciante - Independiente

Firma Aprendiz: Nayerlis Martinez

Firma Instructor:

Nota: Todo formulario que presente enmendaduras o tachones es considerado como no válido y no será tenido en cuenta

INCLUIR AL RESPALDO FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD AMPLIADA AL 150%

FICHA DE MATRICULA
F001-007-25 / Versión 01
Proceso: Administración educativa
Procedimiento: Inscripción

Fecha de recepción:

Identificación de la formación

N° de ficha: | Tipo de formación: Titulada / Complementaria | Programa de formación: Tecnologo de contabilidad

Datos Generales

Tipo de Identificación*: CC X Ti ___ Otro ___ N° 1067849666 Fecha de Expedición(D/M/A):* 23-05-19

País de Expedición:* Colombia Departamento de Expedición:* Cordoba Municipio de Expedición:* Monteria

Nombres:* Paola Andrea

Primer Apellido:* Moscote Segundo Apellido: Espitia

E-mail:* andreamospi0722@gmail.com Confirmación del e-mail: andreamospi0722@gmail.com.

Tipo de Sangre:*
___ AB+
___ AB-
___ A+
___ A-
___ B+
___ B-
X O+
___ O-

Estrato:* X Uno
___ Dos
___ Tres
___ Cuatro
___ Cinco
___ Seis

Estado Civil:
X Soltero
___ Casado
___ Unión Libre
___ Separado
___ Viudo

Fecha nacimiento:* 22-05-2001
Genero:* Femenino
Libreta Mili: NO
País: Colombia
Departamento: Cordoba
Municipio: Monteria.

Servicio de Salud

Tiene EPS* SI X No ___

___ Red Salud Atención Humana
___ Saludcoop Organismo Coorperativo
___ Servicio Occidental de Salud
___ Multimedicas Salud con Calidad
___ Emp Medicas de Medellin Dep
___ Programa Comfenalco Antioquia
___ Prog de Servicio Médico Colpatria S.A.
___ Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles
___ Fondo de Solidaridad y garantia Ministerio de Salud
___ Coomeva
___ Cruz Blanca
___ Ecoopsos
___ Mutual
___ ISS
___ Red Salud
___ Salud
___ Salud
___ Humana Vivir S.A.
___ Colsubsidio
___ Comfenalco
___ Nueva EPS
___ Golden Cross S.A.
___ Salud Total
___ Salud Vida
___ Cafesalud
___ Sanitas
___ Solsalud
___ Unicajas
___ Compensar
___ Cafam
___ Caprecom
___ Colmedica
___ EPS Sura
___ Famisanar
X Otra

Lugar de Residencia

País*: Colombia Departamento*: Cordoba Municipio*: Monteria.

Zona: Urbana Barrio: Mogambito Dirección:* Mz 149 Lt 1

Tel Fijo:* Celular: 3116555938 Tel Alterno 3013679424

Educación

Básica:* Nombre de la Institución: La Pradera. Municipio: Monteria

Superior:* Nombre de la Institución: Santa Rosa de Lima Municipio: Montería.

Tipo de Población

___ Ninguna
___ INPEC
___ Emprendedores
___ Remitidos por el Pal
___ Discapacitados
___ Jóvenes Vulnerables
___ Mujer Cabeza de Hogar
___ Reinsertados
___ Microempresas
___ Remitidos por el CIE
___ Menor Infractor
___ Negritudes
___ Indígenas
___ Soldados Campesinos
___ Tercer Edad
___ Artesanos
___ Discapacitado Cognitivo
___ Discapacidad
___ Discapacitado Mental
___ Limitación Auditiva
___ Desplazados Discapacitados
___ Discapacidad Limitación Física
___ Indígenas Desplazados por la Violencia
___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Discapacitado Limitación Visual
X Desplazados por la Violencia
___ Afro Colombianos Desplazados por la Violencia
___ Adolescentes desvinculados de grupos Armados
___ Desplazados por la Violencia Cabeza de Familia
___ Indígenas Desplazados por la Violencia
___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Trabajador Infantil (Adolescente Trabajador)
___ Afro Colombianos desplazados por la Violencia

Contacto en caso de Emergencia

Nombres y Apellidos: Tatiana Vanessa Moscote Espitia Celular: 3113383883

Parentesco: Hermana Fecha de Nacimiento(D/M/A): 22-01-1992 Tel Fijo:

Empresa donde labora:

Firma Aprendiz: Paola Moscote

Firma Instructor:

Nota: Todo lo que posee (*) es requerido de obligatorio diligenciamiento

INCLUIR AL RESPALDO FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE



FICHA DE MATRICULA
F001-007-25 / Versión 01
Proceso: Administración educativa
Procedimiento: Inscripción

Fecha de recepción:

Información Formación

Nº de ficha:		Tipo de formación	Titulada		Programa de formación:	Tecnologo Contabilidad
			Complementaria			

Datos Generales

Tipo de Identificación*: CC ___ TI X Otro ___ Nº 1002.999.977 Fecha de Expedición(D/M/A):* 09-06-2009

País de Expedición:* Colombia Departamento de Expedición:* Cordoba Municipio de Expedición:* Monteria

Nombres:* Jose rene

Primer Apellido:* Palmera Segundo Apellido: Rodriguez

E-mail:* 3154321285Jose@6mail.com Confirmación del e-mail: 3154321285Jose@gmail.com

Tipo de Sangre:* ___AB+ ___AB- X A+ ___A- ___B+ ___B- ___O+ ___O-

Estrato:* X Uno ___ Dos ___ Tres ___ Cuatro ___ Cinco ___ Seis

Estado Civil: X Soltero ___ Casado ___ Unión Libre ___ Separado ___ Viudo

Fecha nacimiento:* 5-03-2002

Genero:* Masculino

Libreta Mil:

País:

Departamento:

Municipio:

Servicio de Salud

Tiene EPS* SI ___ No ___

___ Red Salud Atención Humana
___ Saludcoop Organismo Coorperativo
___ Servicio Occidental de Salud
___ Multimedicas Salud con Calidad
___ Emp Medicas de Medellin Dep
___ Programa Comfenalco Antioquia
___ Prog de Servicio Médico Colpatria S.A.
___ Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles
___ Fondo de Solidaridad y garantia Ministerio de Salud

___ Coomeva
___ Cruz Blanca
___ Ecoopsos
___ Mutual
___ ISS
___ Red Salud
___ Salud
___ Salud
___ Humana Vivir S.A.

___ Colsubsidio
___ Comfenalco
___ Nueva EPS
___ Golden Cross S.A.
___ Salud Total
___ Salud Vida
___ Cafesalud
___ Sanitas
___ Solsalud

___ Unicajas
___ Compensar
___ Cafam
___ Caprecom
___ Colmedica
___ EPS Sura
___ Famisanar
X Otra

Lugar de Residencia

País*: Colombia Departamento*: Cordoba Municipio*: Montaria

Zona: Barrio: la granja Dirección:* Cra. 15 # 6-30

Tel Fijo:* Celular: 3022651863 Tel Alterno 3006466146

Educación

Básica:* Nombre de la Institución: Municipio:

Superior:* Nombre de la Institución: Municipio:

Tipo de Población*

___ Ninguna
___ INPEC
___ Emprendedores
___ Remitidos por el Pal
___ Discapacitados
___ Jóvenes Vulnerables
___ Mujer Cabeza de Hogar
___ Reinsertados
___ Microempresas
___ Remitidos por el CIE
___ Menor Infractor

___ Negritudes
___ Indígenas
___ Soldados Campesinos
___ Tercer Edad
___ Artesanos
___ Discapacitado Cognitivo
___ Discapacidad
___ Discapacitado Mental
___ Limitación Auditiva
___ Desplazados Discapacitados
___ Discapacidad Limitación Física

___ Indígenas Desplazados por la Violencia
___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Discapacitado Limitación Visual
___ Desplazados por la Violencia
___ Afro Colombianos Desplazados por la Violencia
___ Adolescentes desvinculados de grupos Armados
___ Desplazados por la Violencia Cabeza de Familia
___ Indígenas Desplazados por la Violencia
___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Trabajador Infantil (Adolescente Trabajador)
___ Afro Colombianos desplazados por la Violencia

Contacto en caso de Emergencia

Nombres y Apellidos: Eucaris Rodriguez Morales Celular: 3006466146

Parentesco: madre Fecha de Nacimiento(D/M/A): 22-06-76 Tel Fijo:

Empresa donde labora:

Firma Aprendiz:	Firma Instructor:
Jose Rene Palmera	

INCLUIR AL RESPALDO FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD AMPLIADA AL 150%

FICHA DE MATRICULA
F001-007-25 / Versión 01
Proceso: Administración educativa
Procedimiento: Inscripción

Fecha de recepción:

Especificación de la formación

N° de ficha: | Tipo de formación: Titulada / Complementaria | Programa de formación: TECNOLOGO CONTABILIDAD

Datos Generales

Tipo de Identificación*: CC X Ti ___ Otro ___ N° 1003714781 Fecha de Expedición(D/M/A):* 22 NOV 2019

País de Expedición:* Colombia Departamento de Expedición:* Cordoba Municipio de Expedición:* San Pelayo

Nombres:* Suany lorena

Primer Apellido:* palomino Segundo Apellido: Montalvo

E-mail:* Suanypalomino14@gmail.com Confirmación del e-mail: Suanypalomino14@gmail.com

Tipo de Sangre:* ___ AB+ ___ AB- X A+ ___ A- ___ B+ ___ B- ___ O+ ___ O-

Estrato:* X Uno ___ Dos ___ Tres ___ Cuatro ___ Cinco ___ Seis

Estado Civil: X Soltero ___ Casado ___ Unión Libre ___ Separado ___ Viudo

Fecha nacimiento:* 14 NOV 2001

Genero:* femenino

Libreta Mil:

País: Colombia

Departamento: Cordoba

Municipio: San Pelayo

Servicio de Salud

Tiene EPS* SI ___ No ___

___ Red Salud Atención Humana
___ Saludcoop Organismo Coorperativo
___ Servicio Occidental de Salud
___ Multimedicas Salud con Calidad
___ Emp Medicas de Medellin Dep
___ Programa Comfenalco Antioquia
___ Prog de Servicio Médico Colpatria S.A.
___ Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles
___ Fondo de Solidaridad y garantia Ministerio de Salud
___ Coomeva
___ Cruz Blanca
___ Ecoopsos
___ Mutual
___ ISS
___ Red Salud
___ Salud
___ Salud
___ Humana Vivir S.A.
___ Colsubsidio
___ Comfenalco
___ Nueva EPS
___ Golden Cross S.A.
___ Salud Total
X Salud Vida
___ Cafesalud
___ Sanitas
___ Solsalud
___ Unicajas
___ Compensar
___ Cafam
___ Caprecom
___ Colmedica
___ EPS Sura
___ Famisanar
___ Otra

Lugar de Residencia

País*: Colombia Departamento*: Cordoba Municipio*: San Pelayo

Zona: rural Barrio: Via el puente Dirección:*

Tel Fijo:* Celular: 3233867086 Tel Alterno 3147499096

Educación

Básica:* Nombre de la Institución: Domiciana galvan Municipio: San Pelayo

Superior:* Nombre de la Institución: Santa Teresita Municipio: San Pelayo

Tipo de Población

___ Ninguna
___ INPEC
___ Emprendedores
___ Remitidos por el Pal
___ Discapacitados
___ Jóvenes Vulnerables
___ Mujer Cabeza de Hogar
___ Reinsertados
___ Microempresas
___ Remitidos por el CIE
___ Menor Infractor
___ Negritudes
___ Indígenas
___ Soldados Campesinos
___ Tercer Edad
___ Artesanos
___ Discapacitado Cognitivo
___ Discapacidad
___ Discapacitado Mental
___ Limitación Auditiva
___ Desplazados Discapacitados
___ Discapacidad Limitación Física
___ Indígenas Desplazados por la Violencia
___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Discapacitado Limitación Visual
X Desplazados por la Violencia
___ Afro Colombianos Desplazados por la Violencia
___ Adolescentes desvinculados de grupos Armados
___ Desplazados por la Violencia Cabeza de Familia
___ Indígenas Desplazados por la Violencia
___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Trabajador Infantil (Adolescente Trabajador)
___ Afro Colombianos desplazados por la Violencia

Contacto en caso de Emergencia

Nombres y Apellidos: Sugeys del Carmen Montalvo Pineda Celular: 3147499096

Parentesco: Madre Fecha de Nacimiento(D/M/A): 27 agosto Tel Fijo:

Empresa donde labora: Ama de Casa

Firma Aprendiz: Firma Instructor:

Nota: Todo dato que posee (*) es obligatorio diligenciarlo

INCLUIR AL RESPALDO FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD AMPLIADA AL 150%



DE MATRICULA
)07-25 / Versión 01
io: Administración educativa
limiento: Inscripción
a formación

Tipo de formación	Titulada		Programa de formación: TECNOLOGO CONTABILIDAD
	Complementaria		

Tipo de Identificación*: CC ___ Ti X Otro ___ Nº 1007315477 Fecha de Expedición(D/M/A):* 27/03/2017
País de Expedición:* colombia Departamento de Expedición:* Córdoba Municipio de Expedición:* Montería
Nombres:* Angie Paola
Primer Apellido:* Ramos Segundo Apellido: Esquivel
E-mail:* angie142508@gmail.com Confirmación del e-mail: angie142508@gmail.com

Tipo de Sangre:*
___ AB+
___ AB-
X A+
___ A-
___ B+
___ B-
___ O+
___ O-

Estrato:*
X Uno
___ Dos
___ Tres
___ Cuatro
___ Cinco
___ Seis

Estado Civil:
X Soltero
___ Casado
___ Unión Libre
___ Separado
___ Viudo

Fecha nacimiento:* 08-04-2002
Genero:* Femenino
Libreta Mil:
País: Colombia
Departamento:
Municipio:

Servicio de Salud

Tiene EPS* SI X No ___

___ Red Salud Atención Humana
___ Saludcoop Organismo Coorperativo
___ Servicio Occidental de Salud
___ Mutimedicas Salud con Calidad
___ Emp Medicas de Medellin Dep
___ Programa Comfenalco Antioquia
___ Prog de Servicio Médico Colpatria S.A.
___ Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles
___ Fondo de Solidaridad y garantia Ministerio de Salud
___ Coomeva
___ Cruz Blanca
___ Ecoopsos
X Mutual
___ ISS
___ Red Salud
___ Colpatria
___ Colombia
___ Humana Vivir S.A.
___ Colsubsidio
___ Valle
___ Nueva EPS
___ Golden Cross S.A.
___ Salud Total
___ Salud Vida
___ Cafesalud
___ Sanitas
___ Solsalud
___ Unicajas
___ Compensar
___ Cafam
___ Caprecom
___ Colmedica
___ EPS Sura
___ Famisanar
___ Otra

Lugar de Residencia:

País*: Colombia Departamento*: Córdoba Municipio*: Montería
Zona: Barrio: Policarpa Dirección:* Dg 7 tr 2 Mz 2 A 42
Tel Fijo:* Celular: 3043302383 Tel Alterno 3014120965

Educación:

Básica:* Nombre de la Institución: Liceo Guillermo Valencia Municipio: Montería
Superior:* Nombre de la Institución: Municipio:

Tipo de Población:

___ Ninguna
___ INPEC
___ Emprendedores
___ Remitidos por el Pal
___ Discapacitados
___ Jóvenes Vulnerables
___ Mujer Cabeza de Hogar
___ Reinsertados
___ Microempresas
___ Remitidos por el CIE
___ Menor Infractor
___ Negritudes
___ Indígenas
___ Soldados Campesinos
___ Tercer Edad
___ Artesanos
___ Discapacitado Cognitivo
___ Discapacidad
___ Discapacitado Mental
___ Limitación Auditiva
___ Desplazados Discapacitados
___ Discapacidad Limitación Física
___ Indígenas Desplazados por la Violencia
___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Discapacitado Limitación Visual
X Desplazados por la Violencia
___ Afro Colombianos Desplazados por la Violencia
___ Adolescentes desvinculados de grupos Armados
___ Desplazados por la Violencia Cabeza de Familia
___ Indígenas Desplazados por la Violencia
___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Trabajador Infantil (Adolescente Trabajador)
___ Afro Colombianos desplazados por la Violencia

Contacto en caso de Emergencia:

Nombres y Apellidos: Maria Eugenia Ramos Esquivel
Parentesco: Madre Fecha de Nacimiento(D/M/A): Celular: 3016441256
Empresa donde labora: Tel Fijo: 3014120965
Firma Aprendiz: Angie Ramos.
Firma Instructor:

Nota: Todo lo que posee (*) asterisco es de obligatorio diligenciamiento

INCLUIR AL RESPALDO FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD AMPLIADA AL 150%

CONTABILIDAD



SENA

F001-007-25 / Versión 01

Proceso: Administración educativa

Procedimiento: Inscripción

Fecha de recepción:

Identificación de la formación

Nº de ficha:		Tipo de formación	Titulada / Complementaria	Programa de formación:	TECNOLOGO CONTABILIDAD

Datos Generales

Tipo de Identificación*: CC X TI ___ Otro ___ Nº 1003035167 Fecha de Expedición(D/M/A):* 09-04-2013

País de Expedición:* Colombia Departamento de Expedición:* Cordoba Municipio de Expedición:* Cotorra

Nombres:* JORGE LUIS

Primer Apellido:* ROMERO Segundo Apellido: RUBIO

E-mail:* Jluisr.16@gmail.com Confirmación del e-mail: Jluisr.16@gmail.com

Tipo de Sangre:*
___ AB+
___ AB-
X A+
___ A-
___ B+
___ B-
___ O+
___ O-

Estrato:*
X Uno
___ Dos
___ Tres
___ Cuatro
___ Cinco
___ Seis

Estado Civil:
X Soltero
___ Casado
___ Unión Libre
___ Separado
___ Viudo

Fecha nacimiento:* 16-08-1994

Genero:* Masculino

Libreta Mil.: 1003035167

País: Colombia

Departamento: Cordoba

Municipio: San Pelayo

Servicio de Salud

Tiene EPS* SI X No ___

___ Red Salud Atención Humana
___ Saludcoop Organismo Coorperativo
___ Servicio Occidental de Salud
___ Multimedicas Salud con Calidad
___ Emp Medicas de Medellin Dep
___ Programa Comfenalco Antioquia
___ Prog de Servicio Médico Colpatria S.A.
___ Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles
___ Fondo de Solidaridad y garantía Ministerio de Salud
___ Coomeva
___ Cruz Blanca
___ Ecoopsos
X Mutual
___ ISS
___ Red Salud
___ Salud
___ Salud
___ Humana Vivir S.A.
___ Colsubsidio
___ Comfenalco
___ Nueva EPS
___ Golden Cross S.A.
___ Salud Total
___ Salud Vida
___ Cafesalud
___ Sanitas
___ Solsalud
___ Unicajas
___ Compensar
___ Cafam
___ Caprecom
___ Colmedica
___ EPS Sura
___ Famisanar
___ Otra

Lugar de Residencia

País*: Colombia Departamento*: Cordoba Municipio*: San Pelayo

Zona: Rural Barrio: El Retiro Dirección:* El Retiro - Chigui - San pelayo

Tel Fijo:* Celular: 3215602368 Tel Alterno 3146237930

Educación

Básica:* Nombre de la Institución: Amaury Garcia Burgos Municipio: San pelayo

Superior:* Nombre de la Institución: Municipio:

Tipo de Población

X Ninguna
___ INPEC
___ Emprendedores
___ Remitidos por el Pal
___ Discapacitados
___ Jóvenes Vulnerables
___ Mujer Cabeza de Hogar
___ Reinsertados
___ Microempresas
___ Remitidos por el CIE
___ Menor Infractor
___ Negritudes
___ Indígenas
___ Soldados Campesinos
___ Tercer Edad
___ Artesanos
___ Discapacitado Cognitivo
___ Discapacidad
___ Discapacitado Mental
___ Limitación Auditiva
___ Desplazados Discapacitados
___ Discapacidad Limitación Física
___ Indígenas Desplazados por la Violencia
___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Discapacitado Limitación Visual
___ Desplazados por la Violencia
___ Afro Colombianos Desplazados por la Violencia
___ Adolescentes desvinculados de grupos Armados
___ Desplazados por la Violencia Cabeza de Familia
___ Indígenas Desplazados por la Violencia
___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Trabajador Infantil (Adolescente Trabajador)
___ Afro Colombianos desplazados por la Violencia

Contacto en caso de Emergencia

Nombres y Apellidos: Martha Rubio Celular: 3146237930

Parentesco: prima Fecha de Nacimiento(D/M/A): 31-5-1997 Tel Fijo:

Empresa donde labora?

Firma Aprendiz:	Firma Instructor:

Nota: Todo lo que posea espacios vacíos, colocar todo diligenciamiento.

INCLUIR AL RESPALDO FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD AMPLIADA AL 150%

FICHA DE INSCRIPCIÓN
FOR-GC-25 Versión 01
Proceso: Administración educativa
Procedimiento: Inscripción

Fecha de recepción:

Nº de ficha:		Tipo de formación	Titulada / Complementaria	X	Programa de formación: Contabilidad y Finanzas

Datos Generales

Tipo de Identificación*: CC X Ti ___ Otro ___ Nº 1066174178 Fecha de Expedición(D/M/A):* 11/04/2005

País de Expedición:* Colombia Departamento de Expedición:* Cordoba Municipio de Expedición:* Chinu

Nombres:* Carlos Andres

Primer Apellido:* Torres Segundo Apellido: Yanaris

E-mail:* Carlosandres07@gmail.com Confirmación del e-mail: Carlosandres07@gmail.com

Tipo de Sangre:* ___ AB+ ___ AB- X A+ ___ A- ___ B+ ___ B- ___ O+ ___ O-

Estrato:* X Uno ___ Dos ___ Tres ___ Cuatro ___ Cinco ___ Seis

Estado Civil: X Soltero ___ Casado ___ Unión Libre ___ Separado ___ Viudo

Fecha nacimiento:* 07/01/1987

Genero:* Masculino

Libreta Mili:

País: Colombia

Departamento: Cordoba

Municipio: Chinu

Servicio de Salud

Tiene EPS* SI X NO ___

___ Red Salud Atención Humana
___ Saludcoop Organismo Coorperativo
___ Servicio Occidental de Salud
___ Multimedicas Salud con Calidad
___ Emp Medicas de Medellín Dep
___ Programa Comfenalco Antioquia
___ Prog de Servicio Médico Colpatria S.A.
___ Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles
___ Fondo de Solidaridad y garantía Ministerio de Salud
___ Coomeva
___ Cruz Blanca
___ Ecoopsos
X Mutual
___ ISS
___ Red Salud
___ Salud
___ Salud
___ Humana Vivir S.A.
___ Colsubsidio
___ Comfenalco
___ Nueva EPS
___ Golden Cross S.A.
___ Salud Total
___ Salud Vida
___ Cafesalud
___ Sanitas
___ Solsalud
___ Unicajas
___ Compensar
___ Cafam
___ Caprecom
___ Colmedica
___ EPS Sura
___ Famisanar
___ Otra

Lugar de Residencia

País*: Colombia Departamento*: Cordoba Municipio*: Montería

Zona: ___ Barrio: Mandala Dirección:* MZA 16 LOTE 17 CALLE N° 4267

Tel Fijo:* 7955422 Celular: 3127764070 Tel Alterno

Educación

Básica:* Nombre de la Institución: Institución Educativa Cacaotal Municipio: Chinu

Superior:* Nombre de la Institución: Institución Educativa San Simon Municipio: San Andres Sotavento

Tipo de Población

___ Ninguna
___ INPEC
X Emprendedores
___ Remitidos por el Pal
___ Discapacitados
___ Jóvenes Vulnerables
___ Mujer Cabeza de Hogar
___ Reinsertados
___ Microempresas
___ Remitidos por el CIE
___ Menor Infractor
___ Negritudes
___ Indígenas
___ Soldados Campesinos
___ Tercer Edad
___ Artesanos
___ Discapacitado Cognitivo
___ Discapacidad
___ Discapacitado Mental
___ Limitación Auditiva
___ Desplazados Discapacitados
___ Discapacidad Limitación Física
___ Indígenas Desplazados por la Violencia
___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Discapacitado Limitación Visual
___ Desplazados por la Violencia
___ Afro Colombianos Desplazados por la Violencia
___ Adolescentes desvinculados de grupos Armados
___ Desplazados por la Violencia Cabeza de Familia
___ Indígenas Desplazados por la Violencia
___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Trabajador Infantil (Adolescente Trabajador)
___ Afro Colombianos desplazados por la Violencia

Contacto en caso de Emergencia

Nombres y Apellidos: Jonar torres Yanaris Celular: 3126721605

Parentesco: Hermano Fecha de Nacimiento(D/M/A): 7/11/1980 Tel Fijo:

Empresa donde labora: Distribuidora el Camaleón

Firma Aprendiz:	Firma Instructor:
Carlos Torres Y.	

Nota: todo lo que aparece en este formato debe ser diligenciado en forma clara y legible

INCLUIR AL RESPALDO FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD AMPLIADA AL 150%

SENA

FICHA DE MATRICULA
F001-007-25 / Versión 01
Proceso: Administración educativa
Procedimiento: Inscripción

Identificación de la formacion

Nº de ficha:		Tipo de formación	Titulada		Programa de formación:	TECNOLOGO CONTABILIDAD
			Complementaria			

Datos Generales

Tipo de Identificación*: CC X Ti ___ Otro ___ Nº 1'067.932.862 Fecha de Expedición(D/M/A):*

País de Expedición:* Colombia Departamento de Expedición:* Córdoba Municipio de Expedición:* Montería

Nombres:* Steffany María

Primer Apellido:* Vergara Segundo Apellido: Mendoza

E-mail:* vergara.steffany6@gmail.com Confirmación del e-mail: vergara.steffany6@gmail.com

Tipo de Sangre:*
___ AB+
___ AB-
___ A+
___ A-
___ B+
___ B-
X O+
___ O-

Estrato:*
___ Uno
___ Dos
___ Tres
___ Cuatro
___ Cinco
___ Seis

Estado Civil:
X Soltero
___ Casado
___ Unión Libre
___ Separado
___ Viudo

Fecha nacimiento:* Septiembre 06/1994

Genero:* Femenino

Libreta Mil:

País: Colombia

Departamento: Córdoba

Municipio: Montería

Servicio de Salud

Tiene EPS* SI ___ No ___

___ Red Salud Atención Humana
___ Saludcoop Organismo Coorperativo
___ Servicio Occidental de Salud
___ Multimedicas Salud con Calidad
___ Emp Medicas de Medellin Dep
___ Programa Comfenalco Antioquia
___ Prog de Servicio Médico Colpatria S.A.
___ Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles
___ Fondo de Solidaridad y garantia Ministerio de Salud
___ Coomeva
___ Cruz Blanca
___ Ecoopsos
___ Mutual
___ ISS
___ Red Salud
___ Colpatria
___ Colombia
___ Humana Vivir S.A.
___ Colsubsidio
___ Valle
___ Nueva EPS
___ Golden Cross S.A.
___ Salud Total
___ Salud Vida
___ Cafesalud
___ Sanitas
___ Solsalud
___ Unicajas
___ Compensar
___ Cafam
___ Caprecom
___ Colmedica
___ EPS Sura
___ Famisanar
___ Otra

Lugar de Residencia:

País*: Colombia Departamento*: Córdoba Municipio*: Montería

Zona: ___ Barrio: P-5 Dirección:* Trv 15 N°3-59

Tel Fijo:* ___ Celular: 3044425899 Tel Alterno ___

Educación:*

Básica:* Nombre de la Institución: I.E Santa María Goretti Municipio: Montería

Superior:* Nombre de la Institución: SENA Municipio: Montería

Tipo de Población*

___ Ninguna
___ INPEC
___ Emprendedores
___ Remitidos por el Pal
___ Discapacitados
___ Jóvenes Vulnerables
___ Mujer Cabeza de Hogar
___ Reinsertados
___ Microempresas
___ Remitidos por el CIE
___ Menor Infractor
___ Negritudes
___ Indígenas
___ Soldados Campesinos
___ Tercer Edad
___ Artesanos
___ Discapacitado Cognitivo
___ Discapacidad
___ Discapacitado Mental
___ Limitación Auditiva
___ Desplazados Discapacitados
___ Discapacidad Limitación Física
___ Indígenas Desplazados por la Violencia
___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Discapacitado Limitación Visual
___ Desplazados por la Violencia
___ Afro Colombianos Desplazados por la Violencia
___ Adolescentes desvinculados de grupos Armados
___ Desplazados por la Violencia Cabeza de Familia
___ Indígenas Desplazados por la Violencia
___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Trabajador Infantil (Adolescente Trabajador)
___ Afro Colombianos desplazados por la Violencia

Contacto en caso de Emergencia:*

Nombres y Apellidos: Nelsy Mendoza Mercado Celular: 3105186601

Parentesco: Madre Fecha de Nacimiento(D/M/A): 24/06/1963 Tel Fijo: ___

Empresa donde labora: Independiente

Firma Aprendiz: Steffany Vergara Mendoza.

Firma Instructor:

Nota: Todo lo que posee (*) asterisco es de obligatorio diligenciamiento

INCLUIR AL RESPALDO FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD AMPLIADA AL 150%

FICHA DE MATRICULA
F001-007-25 / Versión 01
Proceso: Administración [illegible]
Procedimiento: Inscripción

Fecha de recepción:

Identificación de la formación

Nº de ficha:		Tipo de formación	Titulada / Complementaria		Programa de formación: Tecnologo Contabilidad

Datos Generales

Tipo de Identificación*: CC X Ti ___ Otro ___ Nº 1072528585 Fecha de Expedición(D/M/A):* 06/09/2012

País de Expedición:* Colombia Departamento de Expedición:* Cordoba Municipio de Expedición:* San Antero

Nombres:* Leidys Judith

Primer Apellido:* Morelo Segundo Apellido: Cantero

E-mail:* Leyotal8136@gmail.com Confirmación del e-mail: Leyotal8136@gmail.com

Tipo de Sangre:* ___ AB+ ___ AB- ___ A+ ___ A- ___ B+ ___ B- X O+ ___ O-

Estrato:* X Uno ___ Dos ___ Tres ___ Cuatro ___ Cinco ___ Seis

Estado Civil: X Soltero ___ Casado ___ Unión Libre ___ Separado ___ Viudo

Fecha nacimiento:* 15/08/1994

Genero:* Femenino

Libreta Mil.

País: Colombia

Departamento: Cordoba

Municipio: San Antero

Servicio de Salud

Tiene EPS* SI X No ___

___ Red Salud Atención Humana	___ Coomeva	___ Colsubsidio	___ Unicajas
___ Saludcoop Organismo Cooperativo	___ Cruz Blanca	___ Valle	___ Comfenar
___ Servicio Occidental de Salud	___ Ecoopsos	___ Nueva EPS	___ Cafam
___ Multimedicas Salud con Calidad	X Mutual	___ Golden Cross S.A.	___ Caprecom
___ Emp Medicas de Medellin Dep	___ ISS	___ Salud Total	___ Colmedica
___ Programa Comfenalco Antioquia	___ Red Salud	___ Salud Vida	___ EPS Sura
___ Prog de Servicio Médico Colpatria S.A.	___ Colpatria	___ Cafesalud	___ Famisanar
___ Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles	___ Colombia	___ Sanitas	___ Otra
___ Fondo de Solidaridad y garantía Ministerio de Salud	___ Humana Vivir S.A.	___ Solsalud	

Lugar de Residencia

País*: Colombia Departamento*: Cordoba Municipio*: San Antero

Zona: Urbana Barrio: Nueva Esperanza Dirección:* Cr 29D cll 11E-56

Tel Fijo:* Celular: 3175372445 Tel Alterno 3024329601

Educación

Básica:* Nombre de la Institución: Julio C Miranda Municipio: San Antero

Superior:* Nombre de la Institución: Universidad cartagena Municipio: Lorica

Tipo de Población

___ Ninguna	X Negritudes	___ Indigenas Desplazados por la Violencia
___ INPEC	___ Indigenas	___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Emprendedores	___ Soldados Campesinos	___ Discapacitado Limitación Visual
___ Remitidos por el Pal	___ Tercer Edad	___ Desplazados por la Violencia
___ Discapacitados	___ Artesanos	___ Afro Colombianos Desplazados por la Violencia
___ Jóvenes Vulnerables	___ Discapacitado Cognitivo	___ Adolescentes desvinculados de grupos Armados
___ Mujer Cabeza de Hogar	___ Discapacidad	___ Desplazados por la Violencia Cabeza de Familia
___ Reinsertados	___ Discapacitado Mental	___ Indigenas Desplazados por la Violencia
___ Microempresas	___ Limitación Auditiva	___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Remitidos por el CIE	___ Desplazados Discapacitados	___ Trabajador Infantil (Adolescente Trabajador)
___ Menor Infractor	___ Discapacidad Limitación Física	___ Afro Colombianos desplazados por la Violencia

Contacto en caso de Emergencia

Nombres y Apellidos: Arminda Cantero Priolo Celular: 3114226271

Parentesco: Madre Fecha de Nacimiento(D/M/A): 17/02/1975 Tel Fijo:

Empresa donde labora: Ama de casa

Firma Aprendiz: Leidys J Morelo cantero

Firma Instructor:

Nota: Todos los campos (*) son requeridos de obligatorio diligenciamiento

FICHA DE MATRICULA
F001-007-25 / Versión 01
Proceso: Administración educativa
Procedimiento: Inscripción

Fecha de recepción:

Identificación de la formación

Nº de ficha:		Tipo de formación	Titulada / Complementaria		Programa de formación:

Datos Generales

Tipo de Identificación*: CC x Ti ___ Otro ___ Nº 1072523273 Fecha de Expedición(D/M/A):* 26/05/2005

País de Expedición:* Colombia Departamento de Expedición:* Cordoba Municipio de Expedición:* San Antero

Nombres:* Alicia Maria

Primer Apellido:* Sevilla Segundo Apellido: Arango

E-mail:* alimar-20@hotmail.com Confirmación del e-mail: alimar-20@hotmail.com

Tipo de Sangre:*
___ AB+
___ AB-
___ A+
___ A-
x B+
___ B-
___ O+
___ O-

Estrato:*
x Uno
___ Dos
___ Tres
___ Cuatro
___ Cinco
___ Seis

Estado Civil:
___ Soltero
x Casado
___ Unión Libre
___ Separado
___ Viudo

Fecha nacimiento:* 1/07/1987

Genero:* F

Libreta Mil:

País: Colombia

Departamento: Cordoba

Municipio: San Antero

Servicio de Salud

Tiene EPS* SI x No ___

___ Red Salud Atención Humana	___ Coomeva	___ Colsubsidio	___ Unicajas
___ Saludcoop Organismo Coorperativo	___ Cruz Blanca	___ Valle	___ Compensar
___ Servicio Occidental de Salud	___ Ecoopsos	x Nueva EPS	___ Cafam
___ Multimedicas Salud con Calidad	___ Mutual	___ Golden Cross S.A.	___ Caprecom
___ Emp Medicas de Medellin Dep	___ ISS	___ Salud Total	___ Colmedica
___ Programa Comfenalco Antioquia	___ Red Salud	___ Salud Vida	___ EPS Sura
___ Prog de Servicio Médico Colpatria S.A.	___ Colpatria	___ Cafesalud	___ Famisanar
___ Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles	___ Colombia	___ Sanitas	___ Otra
___ Fondo de Solidaridad y garantia Ministerio de Salud	___ Humana Vivir S.A.	___ Solsalud	

Lugar de Residencia:

País*: colombia Departamento*: cordoba Municipio*: san antero

Zona: urbana Barrio: sierra morena Dirección:* cl 13 kr28-33

Tel Fijo:* Celular: 3008318934 Tel Alterno

Educación:*

Básica:* Nombre de la Institución: julio c. miranda Municipio: san antero

Superior:* Nombre de la Institución: universidad de cordoba Municipio: lorica

Tipo de Población*

x Ninguna	___ Negritudes	___ Indígenas Desplazados por la Violencia
___ INPEC	___ Indígenas	___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Emprendedores	___ Soldados Campesinos	___ Discapacitado Limitación Visual
___ Remitidos por el Pal	___ Tercer Edad	___ Desplazados por la Violencia
___ Discapacitados	___ Artesanos	___ Afro Colombianos Desplazados por la Violencia
___ Jóvenes Vulnerables	___ Discapacitado Cognitivo	___ Adolescentes desvinculados de grupos Armados
___ Mujer Cabeza de Hogar	___ Discapacidad	___ Desplazados por la Violencia Cabeza de Familia
___ Reinsertados	___ Discapacitado Mental	___ Indígenas Desplazados por la Violencia
___ Microempresas	___ Limitación Auditiva	___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Remitidos por el CIE	___ Desplazados Discapacitados	___ Trabajador Infantil (Adolescente Trabajador)
___ Menor Infractor	___ Discapacidad Limitación Física	___ Afro Colombianos desplazados por la Violencia

Contacto en caso de Emergencia:*

Nombres y Apellidos: juan lopez reyes Celular: 3105213109

Parentesco: esposo Fecha de Nacimiento(D/M/A): 11/09/1987 Tel Fijo:

Empresa donde labora: FFMM

Firma Aprendiz: ALICIA SEVILLA A.	Firma Instructor:

Nota: Todo lo que posee (*) asterisco es de obligatorio diligenciamiento

INCLUIR AL RESPALDO FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD AMPLIADA AL 150%

FICHA DE MATRICULA
F001-007-25 / Versión 01
Proceso: Administración educativa
Procedimiento: Inscripción

Fecha de recepción:

Identificación de la formacion

Nº de ficha: [redacted] | Tipo de formación: Titulada / Complementaria | Programa de formación: Tecnologo contabilidad

Datos Generales

Tipo de Identificación*: CC X Ti ___ Otro ___ Nº 1.003.655.659 Fecha de Expedición(D/M/A):* 22/06/2017

País de Expedición:* Colombia Departamento de Expedición:* Cordoba Municipio de Expedición:* San Antero

Nombres:* Danalis

Primer Apellido:* Cadeth Segundo Apellido: Diaz

E-mail:* Danadiaz.1230outlook.com Confirmación del e-mail: Danadiaz.1230outlook.com

Tipo de Sangre:* ___ AB+ ___ AB- X A+ ___ A- ___ B+ ___ B- ___ O+ ___ O-

Estrato:* X Uno ___ Dos ___ Tres ___ Cuatro ___ Cinco ___ Seis

Estado Civil: ___ Soltero ___ Casado X Unión Libre ___ Separado ___ Viudo

Fecha nacimiento:* 19/06/1999

Genero:* Femenino

Libreta Mil:

País:

Departamento: Cordoba

Municipio: San Antero

Servicio de Salud

Tiene EPS* SI X No ___

___ Red Salud Atención Humana	___ Coomeva	___ Colsubsidio	___ Unicajas
___ Saludcoop Organismo Coorperativo	___ Cruz Blanca	___ Valle	___ Compensar
___ Servicio Occidental de Salud	___ Ecoopsos	___ Nueva EPS	___ Cafam
___ Multimedicas Salud con Calidad	X Mutual	___ Golden Cross S.A.	___ Caprecom
___ Emp Medicas de Medellin Dep	___ ISS	___ Salud Total	___ Colmedica
___ Programa Comfenalco Antioquia	___ Red Salud	___ Salud Vida	___ EPS Sura
___ Prog de Servicio Médico Colpatria S.A.	___ Colpatria	___ Cafesalud	___ Famisanar
___ Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles	___ Colombia	___ Sanitas	___ Otra
___ Fondo de Solidaridad y garantia Ministerio de Salud	___ Humana Vivir S.A.	___ Solsalud	

Lugar de Residencia:

País*: Colombia Departamento*: Cordoba Municipio*: San Antero

Zona: Urbana Barrio: Villaroma Dirección:*

Tel Fijo:* Celular: 3126170605 Tel Alterno 3113876524

Educación:*

Básica:* Nombre de la Institución: Municipio:

Superior:* Nombre de la Institución: Julio Cesar Miranda Municipio: San Antero

Tipo de Población*

___ Ninguna	___ Negritudes	___ Indígenas Desplazados por la Violencia
___ INPEC	___ Indígenas	___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Emprendedores	___ Soldados Campesinos	___ Discapacitado Limitación Visual
___ Remitidos por el Pal	___ Tercer Edad	___ Desplazados por la Violencia
___ Discapacitados	___ Artesanos	___ Afro Colombianos Desplazados por la Violencia
___ Jóvenes Vulnerables	___ Discapacitado Cognitivo	___ Adolescentes desvinculados de grupos Armados
___ Mujer Cabeza de Hogar	___ Discapacidad	___ Desplazados por la Violencia Cabeza de Familia
___ Reinsertados	___ Discapacitado Mental	___ Indígenas Desplazados por la Violencia
___ Microempresas	___ Limitación Auditiva	___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Remitidos por el CIE	___ Desplazados Discapacitados	___ Trabajador Infantil (Adolescente Trabajador)
___ Menor Infractor	___ Discapacidad Limitación Física	X Afro Colombianos desplazados por la Violencia

Contacto en caso de Emergencia:

Nombres y Apellidos: Dalver Luis Contreras Celular: 3113847624

Parentesco: Esposo Fecha de Nacimiento(D/M/A): 04/04/1995 Tel Fijo:

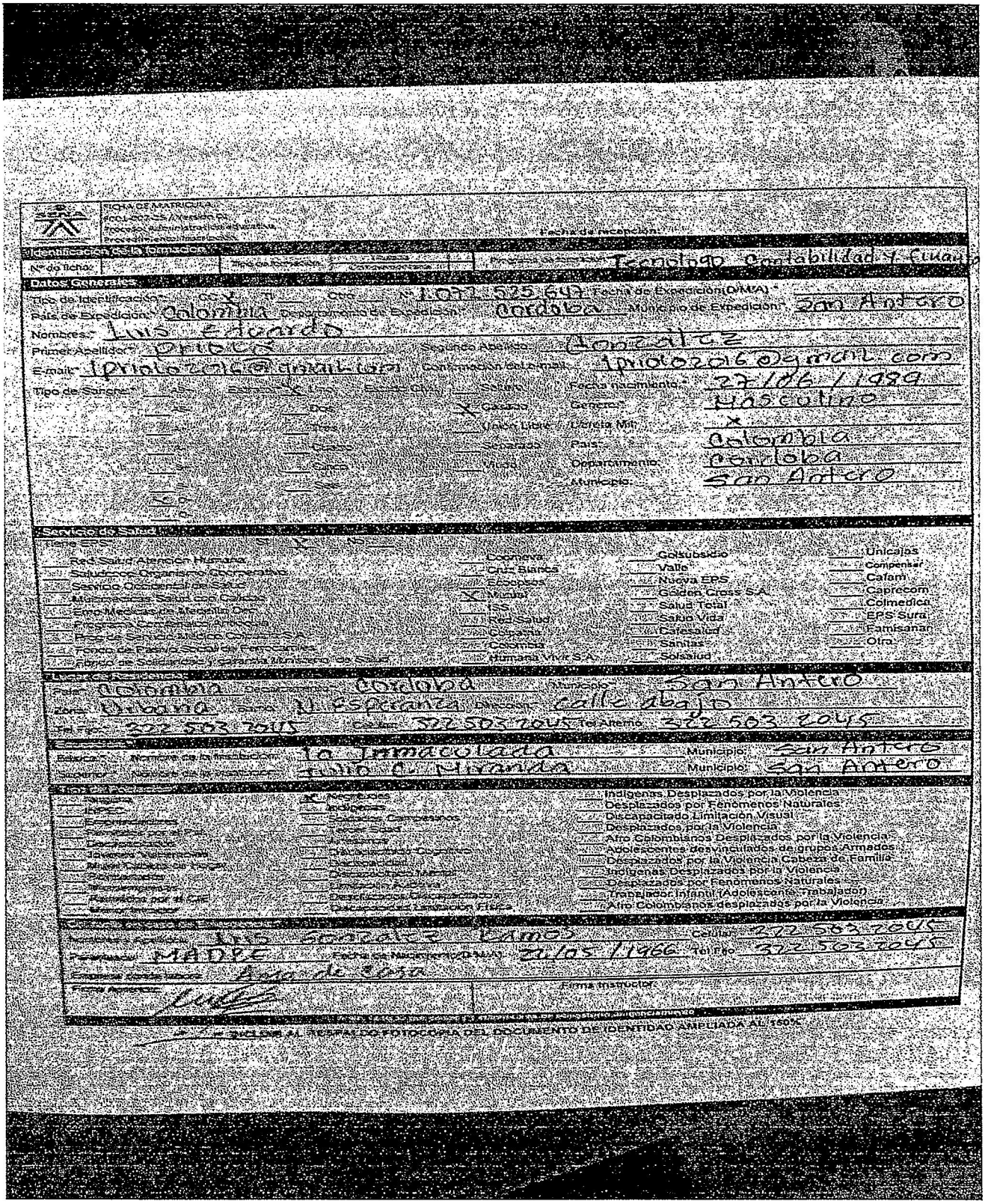
Empresa donde labora: VBJ Ferretera S.A.S

Firma Aprendiz: Danalis Cadeth Diaz

Firma Instructor:

Nota: Todo lo que posee (*) asterisco es de obligatorio diligenciamiento

INCLUIR AL RESPALDO FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD AMPLIADA AL 150%



FICHA DE MATRICULA
PROCESO: GESTIÓN ACADÉMICA
Versión 01
Procedimiento: Matrículas
Fecha de recepción:

Identificación de la formación

Nº de ficha: Tipo de formación: Técnico Programa de formación: Tecnologo Contabilidad Y Finanz

Datos Generales

Tipo de Identificación: CC X TI ___ Otro ___ Nº 1.001.525.642 Fecha de Expedición(D/M/A): ___
País de Expedición: Colombia Departamento de Expedición: Cordoba Municipio de Expedición: San Antero
Nombres: Luis Eduardo
Primer Apellido: Prieto Segundo Apellido: Gonzalez
E-mail: lprieto2016@gmail.com Confirmación e-mail: lprieto2016@gmail.com
Tipo de Sangre: ___ Factor: ___ Estado Civil: ___ Soltero Fecha nacimiento: 27/06/1989
___ Casado Genero: Masculino
___ Unión Libre / Viuda Libreta Mil: X
___ Separado País: Colombia
___ Viudo Departamento: Cordoba
___ Divorciado Municipio: San Antero

Servicio de Salud

Tiene EPS: SI X NO ___

___ Red Salud Atención Humana	___ Comeva	___ Golsubsidio	___ Unicajas
___ Salud con Organismo Cooperativo	___ Cruz Blanca	___ Valle	___ Compensar
___ Servicio Ocupacional de Salud	___ Ecopetrol	___ Nueva EPS	___ Cafam
___ Humanidades Salud con Calidad	X Mundial	___ Golden Cross S.A.	___ Caprecom
___ Emp Medicina Prepagada Conf	___ ISS	___ Salud Total	___ Colmedica
___ Programa Comunidad Amerindia	___ Red Salud	___ Salud Vida	___ EPS Sura
___ Prog de Servicio Amigos Colombia S.A.	___ Cafesalud	___ Famisanar
___ Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles	___ Colsanitas	___ Otro ___
___ Fuerzas Armadas y Policiales Ministerio de Salud	___ Humana Vivir S.A.	___ Solsalud	

Ubicación Residencia

País: Colombia Departamento: Cordoba Municipio: San Antero
Zona: Urbana Barrio: N. Esperanza Dirección: Calle abajo
Tel Fijo: 322 503 7045 Celular: 322 503 7045 Tel Alterno: 322 503 8045

Ubicación Procedencia

Estación: Nombre de la Institución: La Inmaculada Municipio: San Antero
Sección: Nombre de la Institución: Julio C. Miranda Municipio: San Antero

Tipo de Población

___ Negros
___ Indígenas
___ Palenqueros
___ Raizales
___ Desplazados por el Conflicto
___ Jóvenes Vulnerables
___ Madres Cabeza de Hogar
___ Personas Mayores
___ Reincorporados
___ Reinsertados por el Gob
___ Mujeres Gestantes
X Mestizos
___ Indígenas
___ Pescadores Campesinos
___ Etnia Rom
___ Afrocolombianos
___ Discapacitados Cognitivo
___ Discapacitados Auditiva
___ Discapacitados Mental
___ Discapacitados Visual
___ Discapacitados Física
___ Indígenas Desplazados por la Violencia
___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Discapacitado Limitación Visual
___ Desplazados por la Violencia
___ Afro Colombianos Desplazados por la Violencia
___ Adolescentes desvinculados de grupos Armados
___ Desplazados por la Violencia Cabeza de Familia
___ Indígenas Desplazados por la Violencia
___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Trabajador Infantil (Adolescente Trabajador)
___ Afro Colombianos desplazados por la Violencia

Acudiente / Responsable

Nombres y Apellidos: Luis Gonzalez Ramos Celular: 322 503 7045
Parentesco: MADRE Fecha de Nacimiento(D/M/A): 21/05/1966 Tel Fijo: 322 503 7045
Empresa donde labora: Casa de Hoja
Firma Aspirante: Firma Instructor:

COLOCAR AL RESPALDO FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD AMPLIADA AL 150%

FICHA DE MATRICULA
F001-007-25 / Versión 01
Proceso: Administración educativa
Procedimiento: Inscripción

Fecha de recepción:

Identificación de la formacion

Nº de ficha: | Tipo de formación: Titulada / Complementaria | Programa de formación: TECNOLOGO CONTABILIDAD Y FINANZAS

Datos Generales

Tipo de Identificación*: CC X Ti ___ Otro _ Nº 1,003,403,408 Fecha de Expedición(D/M/A):* 21/10/2020

País de Expedición:* COLOMBIA Departamento de Expedición CORDOBA Municipio de Expedición:* MONTERIA

Nombres:* DANIELA DEL CARMEN

Primer Apellido:* GALINDO Segundo Apellido: ROSARIO

E-mail:* ddgalindo8@misena.edu.co Confirmación del e-mail: ddgalindo8@misena.edu.co

Tipo de Sangre:*
___ AB+
___ AB-
X A+
___ A-
___ B+
___ B-
___ O+
___ O-

Estrato:*
___ Uno
___ Dos
___ Tres
___ Cuatro
___ Cinco
___ Seis

Estado C
X Soltero
___ Casado
___ Unión Libre
___ Separado
___ Viudo

Fecha nacimiento:* 13/10/1998
Genero:* FEMENINO
Libreta Mil: NO
País: COLOMBIA
Departamento: CORDOBA
Municipio: MONTERIA

Servicio de Salud

Tiene EPS* SI X No _

___ Red Salud Atención Humana
___ Saludcoop Organismo Coorperativo
___ Servicio Occidental de Salud
___ Multimedicas Salud con Calidad
___ Emp Medicas de Medellin Dep
___ Programa Comfenalco Antioquia
___ Prog de Servicio Médico Colpatria S.A.
___ Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles
___ Salud
___ Coomeva
___ Cruz Blanca
___ Ecoopsos
X Mutual
___ ISS
___ Red Salud
___ Colpatria
___ Colombia
___ Humana Vivir S.A.
___ Colsubsidio
___ Comfenalco Valle
___ Nueva EPS
___ Golden Cross S.A.
___ Salud Total
___ Salud Vida
___ Cafesalud
___ Sanitas
___ Solsalud
___ Unicajas
___ Compensar
___ Cafam
___ Caprecom
___ Colmedica
___ EPS Sura
___ Famisanar
___ Otra

Lugar de Residencia:

País*: COLOMBIA Departamento*: CORDOBA Municipio*: MONTERIA

Zona: URBANA Barrio: FINZENU Dirección:* MANZANA 18 LOTE 6

Tel Fijo:* Celular: 3113084225 Tel Alterno

Educación:*

Básica:* Nombre de la Institución: INSTUCION EDUCATIVA RANCHO GRANDE Municipio: MONTERIA

Superior:* Nombre de la Institución: Municipio:

Tipo de Población*

___ Ninguna
___ INPEC
___ Emprendedores
___ Remitidos por el Pal
___ Discapacitados
___ Jóvenes Vulnerables
___ Mujer Cabeza de Hogar
___ Reinsertados
___ Microempresas
___ Remitidos por el CIE
___ Menor Infractor
___ Negritudes
___ Indígenas
___ Soldados Campesinos
___ Tercer Edad
___ Artesanos
___ Discapacitado Cognitivo
___ Discapacidad
___ Discapacitado Mental
___ Limitación Auditiva
___ Desplazados Discapacitados
___ Discapacidad Limitación Física
___ Indígenas Desplazados por la Violencia
___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Discapacitado Limitación Visual
X Desplazados por la Violencia
___ Afro Colombianos Desplazados por la Violencia
___ Adolescentes desvinculados de grupos Armados
___ Desplazados por la Violencia Cabeza de Familia
___ Indígenas Desplazados por la Violencia
___ Desplazados por Fenómenos Naturales
___ Trabajador Infantil (Adolescente Trabajador)
___ Afro Colombianos desplazados por la Violencia

Contacto en caso de Emergencia:*

Nombres y Apellidos: NERYS ROSA ROSARIO COGOLLO Celul 3107269359

Parentesco: MADRE Fecha de Nacimiento(D/M/A): 07/11/1975 Tel Fijo:

Empresa donde labora:

Firma Aprendiz: Daniela del Carmen Rosario

Firma Instructor:

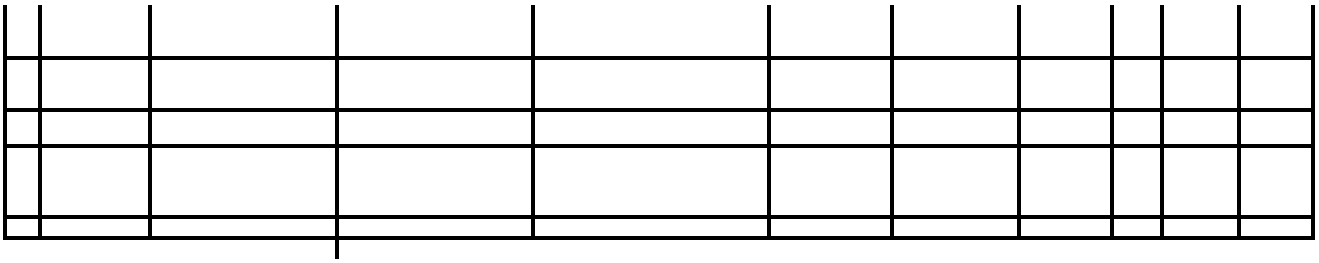
Nota: Todo lo que posee (*) asterisco es de obligatorio diligenciamiento

INCLUIR AL RESPALDO FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD AMPLIADA AL 150%

CONTABILIDAD Y FINANZAS

Fecha del Reporte: 9/06/2020
Ficha de Caracterización:
Cógigo:
Versión:
Denominación: TECNOLOGO DE CONTABILIDAD Y FINANZAS
Estado de la Ficha de
Fecha Inicio: 00/00/2020
Fecha Fin: 00/00/2021
Modalidad de VIRTUAL
Regional: 23 - REGIONAL CÓRDOBA
Centro de Formación: 9523 - CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO DE CORDOBA

T.D	Número de	Nombres	Apellidos	EMAIL	TEL. CELULAR	No. ALTERNO	INTERNET	PC	CELULA	TABLET
TI	1003434626	CAMILA ANDREA	ALVAREZ ORTIZ	camilalvarez29@gmail.com	3135877394	3012563523				
TI	1003433404	YANIRIS JUDITH	ARRIETA DURANGO	arrietay804@gmail.com	3115587345	3183340842	SI	SI	SI	
CC	1067954987	YESSICA MARCELA	BENITEZ DELGADO	yeka1024@hotmail.com	3023788694	3126154005	SI	SI	SI	
TI	1068419761	VIANETH PAOLA	BENITEZ POLO	benitezpolopao@gmail.com	3202515132	3203933510				
TI	1133794833	YULIZA MARCELA	CORREA DE LUIS	yulimar109@outlook.es	3024499669	3128467132-3126751120	SI	SI	SI	
TI	1062955126	KEVIN ANDRES	CARDONA GOMEZ	kevincardona755@gmail.com	3014064122	3008005479	SI	SI	SI	
CC	1067906641	YENIFER BEATRIZ	CANTERO MADRID	jenifer_1546@hotmail.com	3046083115	3135541109	SI	SI	SI	
TI	1003002764	TATIANA MARCELA	GONZALEZ CUADRADO	tahanamarcelagonzalezcuadrado@gmail.com	3104144743	3216458242	NO	NO	SI	
CC	1003403408	DANIELA DEL CARMEN	GALINDO ROSARIO	ddgalindo8@misena.edu.co	3113084225	3107269359	SI	SI		
CC	1007682712	CAMILO ANDRES	HERNANDEZ FERNANDEZ	hernandezcamilo497@gmail.com	3058254623	3043827458	SI	SI	SI	
CC	1003665659	DANALIS	LADEUTH DIAZ	danadiaz.123@outlook.com	3126170605		SI	SI	SI	
CC	1067897717	LEIBY DEL CARMEN	MEZA ARTEAGA	ldmeza71@misena.edu.co	3014383935	3145096806	SI	SI	SI	
CC	1067944720	YULIANA	MESTRA GONZALEZ	yumega1995@gmail.com	3114159090	3107084521	SI	SI	SI	
CC	50986783	MIRLE IBIS	MESA ANAYA	mirle.mesa@gmail.com	3112097621	3135173990	SI	SI	SI	
CC	1067848756	MARCIAL SEGUNDO	MADRID RUIZ	masemaru221015@gmail.com	3205470486	3126654465	SI	NO	SI	
CC	1233340970	CARLOS ALBERTO	MERCADO GARRIDO	www.carlosgarridocr7@hotmail.com	3206598108	3116690868	SI	NO	SI	
CC	1192788139	MARIA IGNACIA	MILANES PEREZ	mariamilanes27@hotmail.com	3205421195	3005244974	SI	SI	SI	
CC	1193531131	NAYERLY SOFIA	MARTINEZ PETRO	nayerlismartinez1@gmail.com	3042061104	3116926626	SI	SI	SI	
CC	1067849666	PAOLA ANDREA	MOSCOTE ESPITIA	andreamospi0722@gmail.com	3116555938	3013679424	SI	SI	SI	
CC	1072528585	LEIDYS JUDITH	MORELO CANTERO	leyota1813@gmail.com	3175372445	3024329601	SI			
TI	1002999977	JOSE RENE	PALMERA RODRIGUEZ	3154321285jose@gmail.com	3022651863	3006466146	SI	SI	SI	
CC	1003714781	SUANY LORENA	PALOMINO MONTALVO	suanypalomino14@gmail.com	3233867086	3147499096	SI	SI	SI	
CC	1072525647	LUIS EDUARDO	PRIOLO GONZALEZ	lpriolo2016@gmail.com	3225032045		SI		SI	
TI	1007315477	ANGIE PAOLA	RAMOS ESQUIVEL	angie142508@gmail.com	3043302383	3014120965	SI	NO	SI	
CC	1003035167	JORGE LUIS	ROMERO RUBIO	jluis.16@gmail.com	3215602368	3146237980	SI	SI	SI	
CC	1072523273	ALICIA MARIA	SEVILLA ARANGO	alimar-20@hotmail.com	3008318934	3105213109	SI	SI		
CC	1066174178	CARLOS ANDRES	TORRES YENERYS	carlosandres07@gmail.com	3122764070	3126721605	SI	NO	SI	
CC	1067932862	STEFFANY MARIA	VERGARA MENDOZA	vergara.steffany6@gmail.com	3044425899	3105186601	SI	SI	SI	
CC	1003050677	ROBERT DANILO	LAGARES DURANGO	lagaresrobert@hotmail.com	3216203555		SI	SI	SI	



CONFIRMA		
	OK	
SI	OK	
SI	OK	
SI	ok	
SI	ok	
SI	OK	
SI	ok	
SI		
SI	ok	
SI	OK	
	OK	
SI	ok	
SI	ok	
SI	OK	
SI	ok	
SI	FICHA EN EJECUCION	
SI	OK	
SI	OK	
SI		
SI	OK	
SI	OK	
SI		
SI	OK	
SI	OK	
SI	OK	
SI	OK	
SI	OK	
SI	ESTE SEÑOR YA SU DOCMENTO DE IDENTIDAD CAMBIO DE T.I A CC	OK

