

CÓDIGO

06-06.4-F-004-v.6

FECHA DE EMISIÓN

20 08 2019

FORMATO

SOLICITUD DE ADMISIÓN COLEGIOS



FOTO

Elaborado por:

Angélica María Sierra Profesional Esp.
Dirección Talento, Formación y Calidad
de Vida

Revisado por:

Claudia López Mazuera
Directora Dirección Talento,
Formación y Calidad de Vida

Aprobado por:

Claudia Perdomo López
Gerente Gerencia de Gestión
del Talento Humano

1. NOMBRE DEL COLEGIO PARA EL QUE SOLICITA ADMISIÓN

TENGA EN CUENTA QUE SI EL ASPIRANTE RESIDE DE LA CALLE 13 HACIA EL SUR, LE CORRESPONDE SOLICITAR CUPO EN EL COLEGIO ÁLVARO CAMARGO DE LA TORRE, SI RESIDE DE LA CALLE 13 HACIA EL NORTE DEBE SOLICITARLO EN EL COLEGIO TOMAS ALVA EDISON.

TOMAS ALVA EDISON

CALLE 64 N. 127 - 20 (ENGATIVÁ)

ÁLVARO CAMARGO DE LA TORRE

CRA 12 BIS N. 31 - 45 SUR

GRADO AL QUE INGRESA

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL SOLICITANTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE

No de DOC

ETB

PENSIONADO

TRABAJADOR (A)

FECHA DE INGRESO A ETB

CARGO

VICEPRESIDENCIA

ÁREA

TELÉFONO OFICINA Y CELULAR

EMAIL

DIRECCIÓN RESIDENCIA

TELÉFONO RESIDENCIA

 NUMERO DE HIJOS Y/O FAMILIARES EN
LOS COLEGIOS DE ETB (SI LOS TIENE)

3. INFORMACIÓN DEL NIÑO, NIÑA O JOVEN ASPIRANTE

NOMBRE DEL ASPIRANTE

FECHA DE NACIMIENTO

DÍA: MES: AÑO:

LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD Y DEPARTAMENTO)

PARENTESCO DEL SOLICITANTE CON EL (LA) ASPIRANTE:

Tipo de DOC TI CC Otro

No:

NOMBRE DEL PADRE

No de DOC

TELÉFONOS

NOMBRE DE LA MADRE

No de DOC

TELÉFONOS

AÑOS CUMPLIDOS (AÑOS Y MESES) A FEBRERO DEL PRÓXIMO AÑO

DIRECCIÓN RESIDENCIA DEL ASPIRANTE

BARRIO

NOMBRE EPS O SERVICIO MÉDICO DEL ASPIRANTE (CONDICIÓN DE INGRESO POR NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE)

REQUIERE ATENCIÓN ESPECIAL: SALUD___ ACADÉMICA___ OTRA_____

COLEGIO O INSTITUCIÓN EN LA QUE ESTUDIA ACTUALMENTE EL (LA) ASPIRANTE:

4. INFORMACIÓN DE PADRES DE ASPIRANTE EN CASO DE SER FAMILIAR

SITUACIÓN LABORAL

AFILIACIÓN A SALUD

NÚCLEO FAMILIAR

TRABAJA

NOMBRE EMPRESA

INDEPENDIENTE

INGRESOS MENSUALES

EPS

COTIZANTE

BENEFICIARIO

OTRO: ¿CUÁL?

SI NO

SI NO

PADRE

MADRE

EL (LA) ASPIRANTE TIENE HERMANOS O FAMILIARES ESTUDIANDO EN EL COLEGIO: SI NO

CUÁNTOS:

5. NOMBRE DE LOS HERMANOS O FAMILIARES EN EL COLEGIO (SI LOS TIENE)

PARENTESCO

6. DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

DECLARO QUE TODOS LOS DATOS AQUÍ CONSIGNADOS SON VERACES Y AUTORIZO A ETB PARA QUE LOS CONFIRME MEDIANTE LOS MEDIOS QUE CONSIDERE PERTINENTES. LA NO CONSIGNACIÓN DE LA INFORMACIÓN REAL, DARÁ LUGAR A LAS ACCIONES QUE CORRESPONDAN.

Autorizo de manera expresa, libre y voluntaria a la Empresa de Telecomunicaciones de Bogotá S.A. E.S.P. para la recolección, almacenamiento, uso, transferencia, circulación, y en general, tratamiento de mis datos personales, y los de mi(s) representado(s), incluyendo los datos que puedan ser considerados como sensibles, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y la Política de Tratamiento de datos Personales de ETB disponible en https://etb.com/proteccion_de_datos_personales/, con los fines legales, contractuales y los dispuestos en el presente formato. De igual forma, declaro que soy el titular de la información reportada, además actúo como representante legal o tutor y manifiesto que la información es exacta y verídica.

FIRMA DEL TRABAJADOR O PENSIONADO SOLICITANTE

EN CASO DE ASPIRANTE, FAMILIAR DEL TRABAJADOR

FIRMA PADRE, MADRE O ACUDIENTE