

	<b>FICHA DE INSCRIPCIÓN ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA</b>		CÓDIGO: FT-GR-07	
			VERSIÓN: 11	
			FECHA: 14 de abril de 2026	
<b>DISCIPLINA DEPORTIVA:</b>				
<b>MES DEL SERVICIO</b>				
<input type="checkbox"/> ENE <input type="checkbox"/> FEB <input type="checkbox"/> MAR <input type="checkbox"/> ABR <input type="checkbox"/> MAY <input type="checkbox"/> JUN <input type="checkbox"/> JUL <input type="checkbox"/> AGO <input type="checkbox"/> SEP <input type="checkbox"/> OCT <input type="checkbox"/> NOV <input type="checkbox"/> DIC				
<b>DATOS DEL PARTICIPANTE</b>				
FECHA DE INSCRIPCIÓN: ____/____/____			<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 80px; margin: auto;"> <p>FOTO DE 3X4 cm</p> </div>	
NOMBRES Y APELLIDOS: _____				
FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____	IDENTIFICACIÓN: R.C. <input type="checkbox"/>	T.I. <input type="checkbox"/>		No. _____
LUGAR DE NACIMIENTO: _____	C.C. <input type="checkbox"/>	P.T. <input type="checkbox"/>		
DIRECCIÓN: _____	CELULAR: _____			
BARRIO: _____	CIUDAD: _____			
<b>DATOS DEL TRABAJADOR Y/O ACUDIENTE DEL PARTICIPANTE</b>				
Nombre del trabajador afiliado y/o particular: _____				
No. identificación: _____		Celular: _____		
Email: _____				
CATEGORÍA    A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> OTRO _____				
<b>ACUERDOS DE LOS AFILIADOS Y/O ACUDIENTES RESPONSABLES</b>				
<p>1. El afiliado o acudiente responsable se compromete a realizar el pago de la mensualidad en la oficina de tesorería de nuestra corporación o por medio de la plataforma PSE durante los primeros cinco (05) de cada mes. (Cuando aplique)</p> <p>2. La inasistencia del alumno o deportista será responsabilidad del padre de familia y/o acudiente y en ningún caso se hará reposición o devolución alguna de dinero.</p> <p>3. La mensualidad se seguirá cobrando hasta tanto el acudiente o afiliado no haga la solicitud por escrito del retiro del deportista con el formato FT-GR-20, ante la Sección Recreación y Deportes de COMFIAR en el transcurso de los de los primeros cinco (05) días calendarios.</p> <p>4. El padre de familia y/o acudiente asume los costos de participación de cada una de las competencias que se programen.</p>				
<b>REQUISITOS DE MATRÍCULAS</b>				
Nº	DOCUMENTOS	SI	NO	
1	Fotocopia de los documentos de identidad de los padres			
2	Fotocopia documento de identidad del participante			
3	Fotocopia de EPS y/o SISBÉN			
4	Certificado médico			
5	Foto 3x4			
6	Pagaré firmado			
<b>COMPROMISO</b>				
<p>ACTA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD: Por favor lea detenidamente el acta para una correcta comprensión. De no ser así, abstenerse de firmar si es menor de edad firma el padre de familia.</p> <p>Yo, _____ identificado(a) con No. de documento _____ de _____ manifiesto que he sido debidamente informado(a) sobre la naturaleza de la actividad deportiva en la que participará mi hijo(a), teniendo en cuenta que es un deporte de contacto y conozco la exigencia física y mental del deporte. Por tal razón asumo que existen riesgos en la ejecución y aplicación de esta disciplina. En conocimiento de lo anterior:</p> <p>SI ____ NO ____ AUTORIZO la participación del menor, asumiendo la responsabilidad de las obligaciones morales y económicas adquiridas durante la permanencia de mi hijo (a) en la Escuela de Formación Deportiva, los participantes deben contar con afiliación vigente y en estado activo a una EPS o en SISBÉN.</p> <p>COMFIAR, asume la responsabilidad económica hasta el cubrimiento total de la póliza de seguro por accidente del deportista que se presente durante la práctica del deporte, igualmente nuestra Corporación pondrá a disposición en lo posible su capital humano para prestar primeros auxilios.</p>				
<b>INFORMACIÓN MEDICA DEL PARTICIPANTE</b>				
¿Tiene alguna condición médica que debamos conocer? Si ____ No ____ Cuál _____				
Toma algún medicamento actualmente? Si ____ No ____ Cuál _____				
Alérgico a: Si ____ No ____ Cuál _____				

### AUTORIZACIÓN DE DATOS

A) Declaro bajo la gravedad de juramento que toda información aquí suministrada es verídica y autorizo a COMFIAR, para que por cualquier motivo verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas en la Ley.

B) Autorizo expresamente, de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada, a la Caja de Compensación Familiar de Arauca – COMFIAR, identificada con NIT 800.219.488-4, entidad que presta diversos servicios tales como subsidios, educación, recreación, deportes, cultura, turismo, créditos, así como servicios de empleo a través de su Agencia de Gestión y Colocación de Empleo y del Fondo de Solidaridad, Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC), para que, en desarrollo de sus funciones, proceda a recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos suministrados por mí.

En caso de que COMFIAR requiera recolectar o tratar datos sensibles (como información relacionada con salud, datos biométricos, orientación sexual, origen étnico o cualquier otro definido por la ley como sensible), se informa que su suministro es facultativo, no obligatorio, y que dichos datos serán tratados únicamente cuando resulten necesarios para las finalidades legítimas de COMFIAR, garantizando la confidencialidad y seguridad.

Para el tratamiento de datos personales de niños, niñas, jóvenes y adolescentes, COMFIAR garantiza el respeto de sus derechos prevalentes. Dicho tratamiento se efectuará únicamente cuando responda a su interés superior y cuente con la autorización expresa del padre, madre o acudiente responsable, conforme a la Ley 1581 de 2012 y normas complementarias. Todo el tratamiento de datos personales se realizará conforme a la Política de Protección de Datos Personales de COMFIAR, disponible en [www.comfiar.com.co](http://www.comfiar.com.co)

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

COMFIAR informa al titular que podrá consultar los términos y condiciones de la Política de Protección de Datos Personales en el enlace [www.comfiar.com.co](http://www.comfiar.com.co), y elevar cualquier solicitud, consulta, queja o reclamo a través de los siguientes canales

- Líneas de servicio al cliente: (607) 885 8000 - Línea gratuita 01-8000-945457
- Correo electrónico: [protecciondatospersonales@comfiar.com.co](mailto:protecciondatospersonales@comfiar.com.co)
- Personalmente en cualquiera de las sedes de COMFIAR.

C) AUTORIZO a la Caja de Compensación Familiar de Arauca – COMFIAR a enviarme información relacionada con programas y servicios, actividades institucionales, campañas, promociones o comunicaciones de carácter comercial o publicitario, así como invitaciones, evaluaciones del servicio y estudios de mercado, a través de mis datos de contacto. De igual manera, autorizo recibir notificaciones electrónicas de carácter administrativo u oficial por parte de COMFIAR, de acuerdo con lo establecido en la Ley 1437 de 2011, la Ley 527 de 1999 y la Ley 1581 de 2012, reconociendo la validez jurídica de las comunicaciones enviadas mediante correo electrónico u otros medios digitales

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE FOTOGRAFÍA(S), VÍDEOS Y TRANSMISIÓN INTEGRAL DE IMAGEN Y/O VOZ

Por medio del presente documento SI \_\_\_\_\_, NO \_\_\_\_\_ AUTORIZO de forma expresa a la Caja de Compensación Familiar de Arauca - COMFIAR para el consentimiento en el uso y la difusión de imagen, video, voz y/o transmisión integral con el fin de promocionar los servicios, programas, actividades, eventos propios de la Corporación o donde tenga alguna participación pública y/o privada, teniendo en cuenta lo dispuesto en la Constitución, la Ley y demás normas concordantes. La autorización se registrará por las siguientes:

#### CLÁUSULAS

**PRIMERA.** - Autorización y objeto. Mediante el presente documento otorgo el consentimiento y derecho absoluto en el cual, la Caja de Compensación Familiar de Arauca - COMFIAR, tendrá la AUTORIZACIÓN para hacer uso y tratamiento de mi(s) fotografía(s), videos, voz y/o transmisión integral para fines publicitarios de carácter interno o externo. Así mismo, comprendo que el uso para su difusión será únicamente institucional y podrán ser utilizadas(os) en Publicaciones, Anuncios impresos, Medios electrónicos, Televisión, Vallas, Pendones, Página web, Aplicación - APP, Redes sociales u otro elemento de publicación y difusión, para la promoción de los servicios de proyección de la marca "COMFIAR".

**SEGUNDA.** - Alcance de la autorización. La presente autorización se otorga para ser utilizada en formato o soporte material permisible (recortar, alterar, transformar, modificar, suprimir) para editar la(s) fotografías(s), videos, voz y/o transmisión integral para fines publicitarios de cualquier manera a discreción exclusiva de COMFIAR, y pueda ser extensa a la utilización en medio electrónico, óptico, magnético, en redes (Intranet e Internet), mensajes de datos o similares y en general para cualquier medio o soporte conocido o por conocer en el futuro. Convengo que cederé derecho a un tercero sobre el material. La publicación podrá efectuarse de manera directa o a través de un tercero que se designe para tal fin.

**TERCERA.** - Territorio y exclusividad. - Los derechos aquí autorizados se dan sin limitación geográfica o territorial alguna. También reconozco que COMFIAR podría decidir no usar la fotografías(s), videos, voz y/o transmisión integral para fines publicitarios por el momento, pero podría hacerlo a potestad exclusiva en cualquier fecha futura, y de la misma forma deslindo de responsabilidad a COMFIAR, al fotógrafo, a sus Directivos, colaboradores, agentes y personas designadas, por lo cual, convengo no demandar a los anteriores por reclamación alguna, responsabilidad, lesión o pérdida en relación con dicho uso. Así mismo, declaro que no tengo derecho a recibir compensación o reconocimiento económico o de cualquier otro tipo, en relación con el uso que se hagan de las fotografías(s), videos, voz y/o transmisión integral para fines publicitarios.

**CUARTA.** – SI EL SUJETO DE LAS FOTOGRAFÍA(S), VÍDEOS Y TRANSMISIÓN INTEGRAL DE IMAGEN Y/O VOZ ES MENOR DE EDAD. - Confirmando que soy el tutor legal del menor de edad y por lo tanto ratifico mi permiso para la autorización en nombre del menor de edad.

### FIRMAS

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL PADRE Y/O ACUDIENTE

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

No. Identificación: \_\_\_\_\_

Numero de WhatsApp: \_\_\_\_\_