POLITÉCNICO CIANDCO ¡Aprende Haciendo!	**POLITÉCNICO CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN ODONTOLOGICA CIANDCO - SEDE BARBOSA**	
	Licencia de Funcionamiento: 2018060362985 de 05 de octubre de 2018. Modificada con No. 2024060243106 de 08 de julio de 2024	Registro de Programa:
		Folio:
		No de Matricula:

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellido del Estudiante	Documento de Identidad	Lugar de Expedición

Dirección de la residencia	Barrio	Comuna	Teléfono

Programa	Certificado que otorga
	Técnico Laboral por Competencias

DATOS PERSONALES DEL REPRESENTANTE LEGAL (EN CASO DE MENORES DE EDAD)

Nombres y Apellidos	Documento de identidad	Lugar de expedición

Dirección de la residencia	Barrio	Comuna	Teléfono

Compromiso: Los Firmantes aceptamos el Proyecto Educativo Institucional (PEI) y el Manual de Convivencia, Reglamentos y Normas de La Institucion. El cual podemos consultar en la pagina web de la institucion www.ciandco.edu.co o solicitarlo.

Matrícula			**Firmas**		
Día	Mes	Año	Estudiante o su representante legal en caso de ser menor de edad	Personal administrativo	Rector

Cancelación de Matrícula			**Firmas**		
Día	Mes	Año	Estudiante o su representante legal en caso de ser menor de edad	Personal administrativo	Rector

Observaciones:	

AUTORIZACIÓN USO DE DATOS PERSONALES
CLIENTES – PROVEEDORES

Yo_____, con domicilio en la ciudad de_____, identificado con documento de identidad No. _____ de _____ declaro que he sido informado(a) por el POLITÉCNICO CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN ODONTOLÓGICA CIANDCO que:

1. POLITÉCNICO CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN ODONTOLÓGICA CIANDCO, como responsable de los datos personales obtenidos a través de sus distintos canales de atención, documentos, órdenes de compra, publicidad, redes sociales, ferias educativas, solicitudes de bienes y servicios, entre otros, ha puesto a mi disposición el correo electrónico info@ciandco.edu.co , así como sus oficinas de atención al cliente a nivel nacional, cuya información puedo consultar en la página web de la empresa: www.ciandco.edu.co disponibles de lunes a jueves de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. y viernes y sábado de 8:00 a.m. a 4:00 p.m., para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos personales y el ejercicio de los derechos mencionados en esta autorización.

2. Esta autorización permitirá al POLITÉCNICO CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN ODONTOLÓGICA CIANDCO recolectar, transferir, almacenar, usar, circular, suprimir, compartir, actualizar y transmitir, de acuerdo con el procedimiento para el tratamiento de los datos personales, en procura de cumplir con las siguientes finalidades:

a) Validar la información en cumplimiento de la exigencia legal de conocimiento de sus clientes y/o proveedores aplicable al POLITÉCNICO CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN ODONTOLÓGICA CIANDCO; b) adelantar las acciones de cobro y recuperación de cartera, en virtud de los productos y servicios comercializados por POLITÉCNICO CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN ODONTOLÓGICA CIANDCO; c) para el tratamiento de los datos personales protegidos por nuestro ordenamiento jurídico; d) para el tratamiento y protección de los datos de contacto (direcciones de correo físico, electrónico, redes sociales y teléfono); e) para solicitar y recibir de entidades de carácter público o privado la información personal, laboral y de seguridad social, económica y financiera que reposa en sus bases de datos.

El alcance de la presente autorización comprende la facultad del POLITÉCNICO CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN ODONTOLÓGICA CIANDCO para el envío de mensajes con contenidos comercial, notificaciones, información de estados de cuenta, saldos, cuotas pendientes de pago y demás información relativa a los productos y servicios comercializados por la institución, a través de correo electrónico, mensajes de texto, llamadas telefónicas y/o físicos entre otras.

3. Mis derechos como titular de los datos personales son los previstos en la constitución y la ley, especialmente, el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal; así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.

Estos los puedo ejercer a través de los canales dispuestos por el POLITÉCNICO CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN ODONTOLÓGICA CIANDCO para la atención al público y observando la Política de Tratamiento de Datos Personales de POLITÉCNICO CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN ODONTOLÓGICA CIANDCO disponible en www.ciandco.edu.co.

Visto todo lo anterior, en virtud de lo contemplado en el literal a) del artículo 6 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, Ley Estatutaria 1266 de 2008 y del Decreto Reglamentario 1377 de 2013, **AUTORIZO de manera libre, expresa, inequívoca e informada a POLITÉCNICO CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN ODONTOLÓGICA CIANDCO** para que la información vinculada o que pueda asociarse a mí, entendida esta como "datos personales", almacenado en documentos físicos y/o digitales, incluyendo pero sin limitarse a los datos o información personal no pública, los datos sensibles como nombre, número de documento de identificación, dirección, teléfono fijo o móvil, información bancaria, fotos, entre otras, así como aquella información adicional a la cual llegare a tener acceso en virtud de las relaciones comerciales desarrolladas entre las partes, para que realice la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión y, en general, tratamiento de mis datos personales, de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales de la empresa y, por lo tanto, me comprometo a leer el Aviso de Privacidad y la Política mencionada, los cuales se encuentran disponibles en: www.ciandco.edu.co . **Así mismo, autorizo a POLITÉCNICO CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN ODONTOLÓGICA CIANDCO** a modificar o actualizar su contenido, con el fin de atender reformas legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de servicios o productos, dando aviso previo por medio de la página web de la empresa, y/o correo electrónico entre otros.

Al suscribir la presente autorización y/o contrato en calidad de aspirante mayor de edad y en el caso de que no lo fuera, la institución se apoya sobre el principio de la buena fe, de que al realizar cualquier trámite o proceso con la institución, este se encuentra con un adulto responsable quien en otras palabras se declara acudiente, declarando de manera libre, expresa, inequívoca e informada, AUTORIZA a la institución para que realice la recolección, almacenamiento, uso, circulación, actualización, supresión y en general, tratamiento de mis datos personales con el fin de lograr las finalidades relativas al objeto social de la institución. Así mismo, autorizo la transferencia de datos a las entidades públicas, privadas o administrativas en ejercicio de las competencias legales o por orden judicial; autorizo la transferencia de datos a terceros con los cuales la institución educativa haya celebrado contrato de prestación de servicios, o de otras tareas relacionadas o derivadas del servicio educativo; y que he sido informado(a) de manera clara y comprensible que tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar los datos personales proporcionados, a solicitar prueba de esta autorización, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a mis datos personales, a presentar quejas por el uso indebido de mis datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos.

USO DE FOTOGRAFIAS, IMÁGENES, GRABACIONES Y/O VIDEOS PARA LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA , PUBLICIDAD INSTITUCIONAL, REVISTA, MAGAZIN Y CELEBRACIONES ENTRE OTROS: Actuando en calidad de Aspirante y/o estudiante mayor de edad, y en el caso de que no lo fuera, la institución se apoya sobre el principio de la buena fe, de que al realizar cualquier trámite o proceso con la institución, este se encuentra con un adulto responsable quien en otras palabras se declara acudiente con la aceptación del presente contrato emitió AUTORIZACION EXPRESA E INEQUÍVOCA a la institución para efectuar, usar, publicar, exponer, producir, reproducir, duplicar y/o distribuir reproducciones fotográficas, grabaciones en video o en audio en las que participe mi hijo (a) para actividades académicas, de promoción, publicidad e innovación de marca de la institución. Esta autorización se entiende concedida para la utilización de la imagen del (la) estudiante tanto en medios impresos (revistas, folletos, volantes, plegables, libros, etc.), como a través de internet, plataformas de reuniones o en la página web, tanto en Colombia como en cualquier otro lugar del mundo, siempre y cuando dicha utilización esté directa o indirectamente relacionada con algunas de las actividades en desarrollo del objeto social de la institución. De manera expresa manifiesto que no recibiré ningún pago monetario o ningún otro trato especial a cambio del derecho que otorgo a utilizar dichas fotografías.

AUTORIZACIÓN NOTIFICACIÓN ELECTRONICA: Autorizo a administrativos, directivas y docentes de la institución para remitir comunicaciones, facturas y/o citaciones relacionadas con el desempeño académico, de normalización y/o convivencia del (la) estudiante beneficiario (a), mediante el correo electrónico que se suministra en el documento mediante el cual aportamos nuestros datos personales y familiares.

CLAUSULAS INSTITUCIONALES: Al diligenciar la inscripción en línea o realizar un pago virtual usted está aceptando el Proyecto Educativo Institucional (PEI) y el Manual de Convivencia; estatutos, reglamentos y normas de la institución el cual se te sugirió al inicio y pudiste consultar previamente antes de realizar dicho proceso.

MATRICULA DIGITAL: Entiéndase por matricula digital toda certificación digital que asegura fehacientemente, que el aspirante está matriculado en la institución y tiene un cupo separado bajo una matrícula al día, después de haber generado la petición y de haber cumplido con los requisitos solicitados. Debido a diferentes circunstancias como (distancia, tiempo, permisos laborales, horarios, transporte, enfermedad entre otros), Al realizar esta usted acepto previamente las cláusulas institucionales y la firma del documento enviado por el departamento de admisiones y registros legalizando el libro reglamentario de matrícula.

La presente autorización se otorga para todos los datos personales que se traten desde mi contacto con la institución, en el futuro y para los datos personales que hubieran sido tratados por POLITÉCNICO CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN ODONTOLÓGICA CIANDCO en el pasado, situación que se entiende ratificada por el presente documento. La información obtenida para el tratamiento de mis datos la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

Nombre: _____ Documento de identidad _____

Firma: _____ Fecha _____

Nombre de acudiente que representan menores de edad: _____

Firma _____

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA SALIDAS PEDAGÓGICAS Y ACTIVIDADES EXTRAMURALES – MENORES DE EDAD

En la ciudad de _____, a los _____ días del mes de _____ de 20___, yo, _____, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. _____de _____, con domicilio en _____ de la ciudad de_____, en calidad de acudiente, tutor o apoderado del estudiante _____, identificado(a) con documento No. _____, actualmente matriculado(a) en el Politécnico CIANDCO y cursando el programa Técnico Laboral en _____,

OTORGO LA AUTORIZACIÓN para que mi hijo(a) menor de edad participe en las salidas pedagógicas y actividades académicas extramurales programadas por la Institución, bajo el acompañamiento de sus docentes y tutores, todos ellos mayores de edad y debidamente autorizados para el desarrollo de este tipo de actividades.

Declaro que he sido informado(a) de manera clara sobre el objetivo y las actividades a realizar durante la salida pedagógica, motivo por el cual manifiesto mi conformidad y otorgo esta autorización bajo los siguientes términos:

1. Reconozco que la salida pedagógica tiene un propósito académico, formativo y cultural, y asumo la responsabilidad de la participación del/de la menor.

2. Autorizo a los docentes responsables para que, en caso de accidente o enfermedad, tomen las medidas necesarias para proteger la integridad y salud del/de la estudiante, incluyendo la atención médica de urgencia.
3. Eximo de responsabilidad al personal docente y coordinador por cualquier eventualidad o accidente fortuito no imputable a su actuación directa, confiando en su compromiso y diligencia en el cuidado del/de la menor.

La presente autorización será válida desde el _____ de _____ hasta el _____ de _____, y comprende todas las gestiones necesarias ante las autoridades y/o empresas de transporte involucradas en la actividad. En caso de revocar esta autorización, me comprometo a comunicarlo por escrito a la Institución de manera oportuna.

_____
Firma del Acudiente, Tutor o Apoderado
NOMBRE: _____
C.C Nº: _____

_____
Firma del Estudiante
NOMBRE: _____
Documento de Identidad Nº:_____