



Código: ECAF001-291222 V-1

FORMATO DE MATRICULA DIPLOMADO PREPARACION FISICA DEPORTIVA

Yo _____, identificado(a) con documento de identidad _____, acepto que he leído y comprendido todos los artículos reglamentados en el manual interno de convivencia del diplomado de PREPARACION FISICA DEPORTIVA estipulado por la ESCUELA DE CAPACITACION PARA EL ACONDICIONAMIENTO FISICO, formalizando así mi matrícula en el horario previamente inscrito durante este nivel y comprometiéndome al cumplimiento del mismo.

FIRMA ESTUDIANTE

DIRECCIÓN

Carrera 47 Calle 63# 08

TELEFONOS

3046000906

324508866

NIT

900185064-1

coordinacion@ecafescuela.com

www.ecafescuela.com



Código: ECAF002-291222 V-1

FORMATO RETIRO DE FORMACIÓN

1. El valor de la inscripción no tiene reembolso.
2. En caso de no continuar con la formación, el estudiante deberá enviar una carta a coordinacion@ecafescuela.com informando de manera explícita el motivo de su retiro.
3. Así mismo, deberá solicitar un certificado de notas, para que, al momento de reincorporarse se puede validar los módulos vistos según corresponda. (Dicho certificado tiene un valor adicional).
4. Al momento de realizar el proceso de reingreso él estudiante deberá cancelar el valor de 80.000 pesos.
5. La validación de los módulos vistos será aprobada sí él estudiante realizó el envío de su respectiva carta. De no haberla enviado deberá iniciar desde cero.
6. El estudiante que se retira, tendrá un año para reincorporarse, pasado este periodo, los módulos que haya visto, se consideran como perdidos.
7. Si el estudiante cumplió con más del 10% de las horas establecidas por trimestre, el dinero no se le devolverá bajo ninguna circunstancia.

Acepto que he leído y comprendido la información suministrada.

FIRMA ESTUDIANTE

DIRECCIÓN
Carrera 47 Calle 63# 08

TELEFONOS
3046000906
324508866

NIT
900185064-1

coordinacion@ecafescuela.com
www.ecafescuela.com



Código: ECAF003-291222 V-1

FORMATO REQUISITOS PARA RECIBIR CERTIFICACION

Para que el estudiante pueda recibir ceremonia de grado debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. Al final del tiempo lectivo, el estudiante deberá realizar un seminario pre-gradual de 8 horas (El cual tiene un costo adicional)
2. Para recibir su certificación deben cancelar un valor de 120.000
3. El estudiante deberá cumplir con 40 horas de trabajo de campo.
4. El estudiante debe estar a paz y salvo académica y financieramente.

Acepto que he leído y comprendido la información suministrada.

FIRMA ESTUDIANTE

DIRECCIÓN

Carrera 47 Calle 63# 08

TELEFONOS

3046000906

324508866

NIT

900185064-1

coordinacion@ecafescuela.com

www.ecafescuela.com



Código: ECAF004-291222 V-1

FORMATO PAGARÉ

PAGARE No. _____

Lugar y fecha de firma: _____

Valor: _____

Plazo: _____

Intereses de mora: 1 % mensual sobre saldo vencido _____

Persona a quien debe hacerse el pago (Acreedor): _____

Tipo de documento: _____

Numero de documento: _____

Lugar de expedición del documento: _____

Lugar donde se efectuará el pago: _____

Deudor: **ESCUELA DE CAPACITACION PARA EL ACONDICIONAMIENTO FISICO (ECAF)**

NIT: **900185064-1**

Declaro:

PRIMERA. OBJETO: Que por virtud del presente título valor pagaré incondicionalmente a la orden de: _____, identificado con _____ o a quien represente sus derechos, en la ciudad y dirección indicados, y en las fechas de amortización por cuotas señaladas en la cláusula tercera de este pagaré, la suma de _____, más los intereses señalados en la cláusula segunda de este documento.

SEGUNDA. - INTERESES: Que sobre la suma debida no se reconocerán **intereses corrientes**. Sin embargo, en caso de mora en el cumplimiento de las cuotas señaladas en la cláusula tercera de este pagaré, cancelaré intereses **de mora** a una tasa nominal mensual del 1% (un por ciento) mensual sobre el saldo de capital que llegue a estar en mora.

DIRECCIÓN

Carrera 47 Calle 63# 08

TELEFONOS

3046000906

324508866

NIT

900185064-1

coordinacion@ecafescuela.com

www.ecafescuela.com





TERCERA. - PLAZO. Que pagaré el capital indicado en la cláusula primera de este pagaré mediante la metodología

CUARTA. - CLAUSULA ACCELERATORIA: El tenedor del presente pagaré podrá declarar vencidos la totalidad de los plazos de esta obligación o de las cuotas que constituyan el saldo de lo debido y exigir su pago inmediato ya sea judicial o extrajudicialmente, cuando el deudor entre en mora o incumpla una cualquiera de las obligaciones derivadas del presente documento.

QUINTA - GASTOS LEGALES: Los gastos originados por concepto de temas legales por incumplimiento del mismo serán a cargo de EL DEUDOR.



DIRECCIÓN
Carrera 47 Calle 63# 08

TELEFONOS
3046000906
324508866

NIT
900185064-1

coordinacion@ecafescuela.com
www.ecafescuela.com





En Constancia de lo anterior, se suscribe este documento en la ciudad de _____ el día _____ de _____ de _____.

El deudor,

Nombre

CC. No.

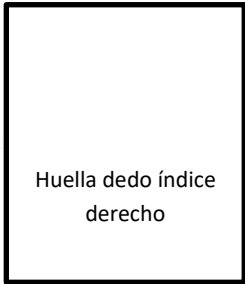
Acreedor,

Nombre de la persona jurídica

NIT:

Nombre del representante legal:

CC. No:



DIRECCIÓN
Carrera 47 Calle 63# 08

TELEFONOS
3046000906
324508866

NIT
900185064-1

coordinacion@ecafescuela.com
www.ecafescuela.com

Licencia de funcionamiento Resolución No.001566 de diciembre del 2006

Personería Jurídica Resolución No. 00194 de noviembre del 2007





Código: ECAF005-291222 V-1

AUTORIZACION DE DERECHOS DE IMAGEN Y TRATAMIENTOS DE DATOS

Yo _____ identificado con cedula de ciudadanía No. _____ de _____ con domicilio en la ciudad de _____ y obrando en nombre propio, por medio del presente **AUTORIZO** a la institución ECAF identificada con NIT 900185064-1, sus filiales, aliados o colaboradores para el uso de mis datos personales, así como también los derechos de imagen.

CLÁUSULAS:

PRIMERA: Autorización y objeto. Mediante el presente instrumento autorizo a **ECAF** para que haga el uso y tratamiento de datos personales, conforme a la ley 1581 de 2012 y demás decretos reglamentarios, declaro que los datos que suministré mediante los medios de información dispuestos son verídicos y autorizo a la institución **ECAF** identificada con **NIT 900185064-1**, sus filiales, aliados o colaboradores para el tratamiento y manejo de mis datos personales, el cual consiste en recolectar, almacenar, depurar, usar, analizar, circular, actualizar y cruzar información propia, con el fin de facilitar la comunicación entre los miembros de **ECAF** y sus colaboradores.

Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, suministrada a través de los formatos y demás solicitudes de información, así como el derecho de revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales. Estos los puede ejercer a través de los canales dispuestos por **ECAF**.

DIRECCIÓN

Carrera 47 Calle 63# 08

TELEFONOS

3046000906

324508866

NIT

900185064-1

coordinacion@ecafescuela.com

www.ecafescuela.com





SEGUNDA: Mediante el presente instrumento autorizo a **ECAF** para que haga el uso y tratamiento de mis derechos de imagen referentes a la formación del diplomado PERSONAL TRAINER para incluirlos en las redes sociales a través de piezas graficas desarrolladas para tal fin, en Youtube, Instagram, Twitter, Facebook, Tiktok, pagina principal institucional, así como también los derechos de autor, los derechos conexos y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen y el nombre para uso exclusivo en las redes de **ECAF** sobre fotografías, artes, fijaciones audiovisuales (videos) y de propiedad intelectual en las redes sociales de **ECAF**, con fines netamente enmarcados en difundir el mensaje para incentivar a más personas a vincularse al programa en mi calidad de persona natural, que me reconocen la constitución política de Colombia, la ley y demás normas concordantes. La autorización se registrará por las normas legales aplicables y en particular por las siguientes hasta los 9 meses de inicio de la formación en ECAF, sin lugar a generación de nuevas imágenes posterior al plazo.

TERCERA: Autorización. El estudiante autoriza expresamente a **ECAF** para que sus datos, puedan ser tratados y/o comunicados a terceros sin restricciones para fines académicos y reporte ante centrales de riesgos.

De la misma forma, el estudiante autoriza expresamente a **ECAF** para que, en caso de simple retardo, mora o incumplimiento de las obligaciones contraídas en este contrato y sus derivados, tratados y comunicados a terceros sin restricciones, en bancos de datos o entidades que manejen información de esta clase.

CUARTA: **ECAF** no usará las fotos, videos o cualquier otro tipo de material que involucre a las partes en medios diferentes a los expresados, salvo autorización expresa de ambas partes en común acuerdo, como, por ejemplo, material impreso, deberá ser autorizado de forma expresa y el presente documento no autoriza ello.

QUINTA: - Territorio, vigencia y exclusividad. – Los derechos aquí autorizados se dan durante 9 meses de duración del programa, sin limitación de zona geográfica o territorial alguna. De igual forma la autorización de uso aquí establecida no implicará exclusividad, por lo que me reservo el derecho de

DIRECCIÓN Carrera 47 Calle 63# 08	TELEFONOS 3046000906 324508866	NIT 900185064-1	coordinacion@ecafescuela.com www.ecafescuela.com
---	---	---------------------------	---





otorgar autorizaciones de uso similares en los mismos términos en favor de terceros.

SEXTA: -Derechos morales. **ECAF** dará cumplimiento a la normatividad vigente sobre los derechos morales de autor, los cuales seguirán radicados en cabeza de su titular.

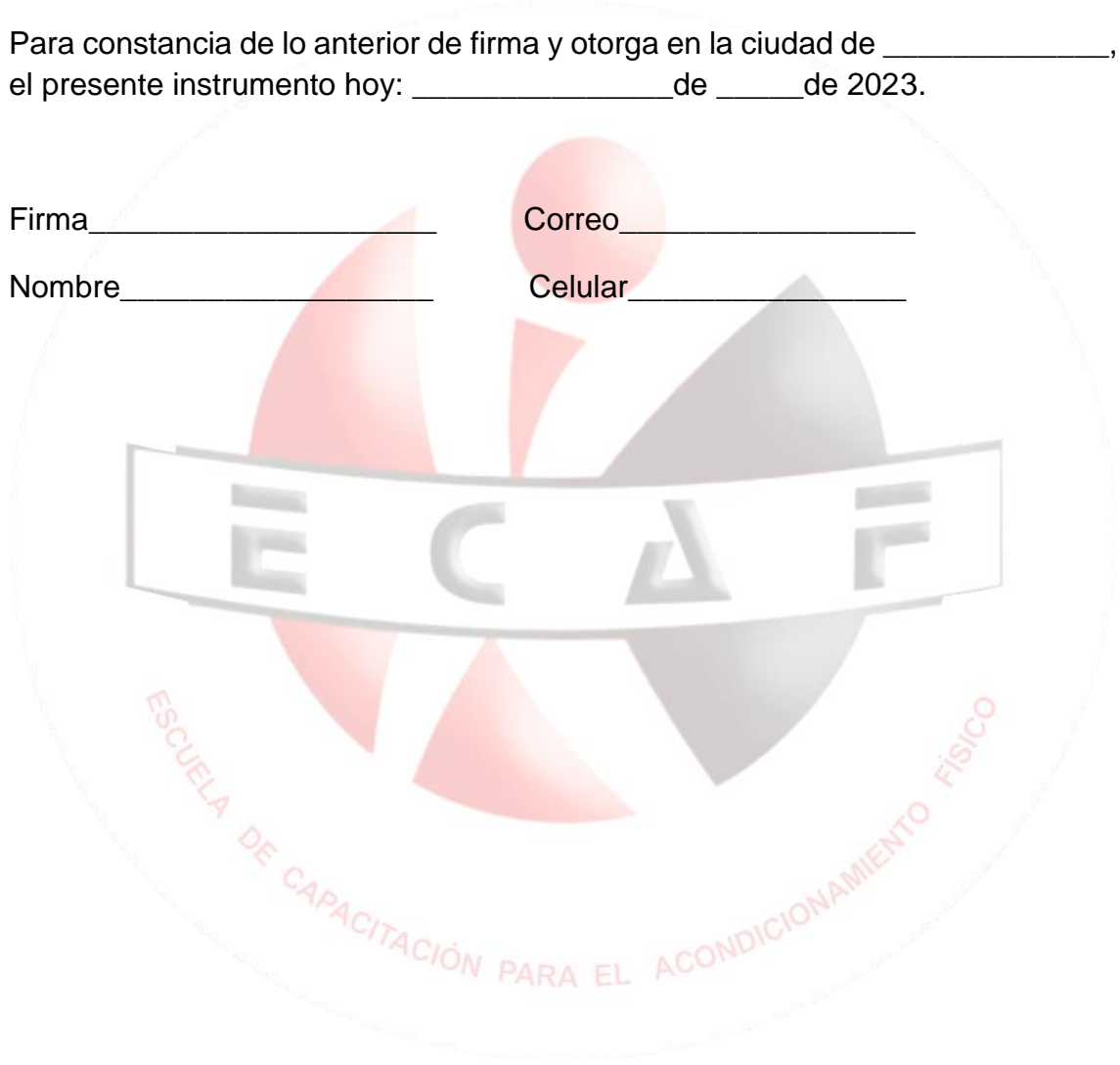
Para constancia de lo anterior de firma y otorga en la ciudad de _____, el presente instrumento hoy: _____ de _____ de 2023.

Firma _____

Correo _____

Nombre _____

Celular _____



DIRECCIÓN

Carrera 47 Calle 63# 08

TELEFONOS

3046000906

324508866

NIT

900185064-1

coordinacion@ecafescuela.com

www.ecafescuela.com

Licencia de funcionamiento Resolución No.001566 de diciembre del 2006

Personería Jurídica Resolución No. 00194 de noviembre del 2007





Código: ECAF006-291222 V-1

FORMATO ESTADO DE SALUD

Nombre: _____

Dirección: _____

Celular: _____ Fecha: _____

Persona EM: _____

¿Padece usted de alguna enfermedad, condición o complicación médica? Indique con la palabra "SÍ" o "NO". En caso de ser afirmativa su respuesta; argumente.

¿Toma algún tipo de medicamento? Indique con la palabra "SÍ" o "NO". En caso de ser afirmativa su respuesta; argumente.

Para esta sección por favor responda con "✓" en caso de ser afirmativo y con "✗" en caso de ser negativo.

¿Se ha realizado alguna cirugía?

Fuma

¿Padece obesidad?

Toma licor

¿Esta vacunado contra COVID-19?

¿Práctica algún deporte?

¿Entrena con regularidad?

FIRMA ESTUDIANTE

DIRECCIÓN

Carrera 47 Calle 63# 08

TELEFONOS

3046000906

324508866

NIT

900185064-1

coordinacion@ecafescuela.com

www.ecafescuela.com

