**Nombre del Evento**

**Fecha del Evento**

**Horario del Evento**

Texto introductorio o de presentación del evento. La información debe incluir: objetivo, grupo o grupos de interés a los cuales está dirigido, nombre, fecha, hora, lugar y/o modalidad de este.

Agradecemos a los interesados, adelantar su proceso de inscripción, por medio del siguiente formulario:

**Autorización Tratamiento de Datos**

Autorizo a la Supersolidaria para recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme a la Política de Tratamiento de Datos Personales disponible en:

<http://www.supersolidaria.gov.co/sites/default/files/public/manual_tratamiento_de_datos_personales_2019.pdf>

Sí

No

**Caracterización de los Participantes**

**Nombre Completo**

**Documento de Identidad**

Cédula de Ciudadanía

Cédula de Extranjería

Otro

**Número de Documento**

**Género**: Seleccione la opción con la que se identifica

Hombre

Mujer

**Edad**

De 18 a 25 años

De 26 a 32 años

De 33 a 39 años

De 40 a 46 años

Mayor de 46 años

**Estrato**: Según la información detallada en el último recibo de servicios públicos, usted pertenece al estrato

1

2

3

4

5

6

**Nivel Educativo**

Primaria

Bachillerato

Técnico Profesional

Tecnólogo

Profesional

Especialista

Maestría

Doctorado

Postdoctorado

**Etapa de vida familiar**

Soltero(a)

Casado(a)

Unión libre

Divorciado(a)

Viudo(a)

**Grupo de interés al cual pertenece** (Los campos marcados con **\*** son condicionales; es decir, que, si se elige esa opción, se deben desplegar otras preguntas)

Ciudadano(a)

Grupo Étnico**\***

Población Vulnerable**\***

Población en Condición de Discapacidad**\***

Población que requiere atención preferencial**\***

Organizaciones No Gubernamentales

Grupo de Veeduría

Asociado(a) a una entidad vigilada**\***

Entidad Vigilada**\***

Gremio

Académico(a)

Entidad de Gobierno

Servidor(a) Público(a) Supersolidaria**\***

Servidor(a) Público(a) Otras Entidades

Ente de Control

Medio de Comunicación

Proveedor Supersolidaria

Otro

Cuál

\*Si pertenece a un grupo étnico

**Seleccione el grupo étnico que lo identifica**

Pueblo Indígena

Población Rom

Afrocolombiano o Afrodescendiente

Raizal

Palenquera

Otro

Cuál

**\***Si hace parte de una población considerada como vulnerable

**Seleccione la opción que lo identifica**

Población desplazada de Colombia

Población en zonas de frontera colombianas

Víctimas del conflicto armado en Colombia que se encuentran en el exterior

Colombianos en situación de retorno

Otro

Cuál

**\***Si pertenece a población en condición de discapacidad

**Su condición de discapacidad es**

Física

Cognitiva

Visual

Auditiva

Mental

Talla baja

Otro

Cuál

**\***Si es población que requiere atención preferencial

Es usted

Adulto mayor

Mujer gestante

Niño o niña

Adolescente

Otro

Cuál

**\***Si es asociado(a) a una entidad vigilada

Seleccione la Entidad con cual está vinculado actualmente

Cooperativa

Fondo de Empleados

Asociación Mutual

Otro

Cuál

**\***Si es una entidad vigilada

Seleccione la Entidad con cual está vinculado actualmente

Cooperativa

Fondo de Empleados

Asociación Mutual

Otro

Cuál

**\***Si es servidor(a) público(a) Supersolidaria

**Escriba su cargo actual**

**Escriba el nombre de la entidad con la que está vinculado(a) actualmente**

**Escriba su cargo actual**

**Datos de Contacto**

**Número telefónico (fijo y/o celular)**

**Correo electrónico**

**Indique el departamento y/o municipio en el que reside actualmente**