

FICHA DE REGISTRO

D

M

A

NOMBRE COMPLETO

No. IDENTIFICACIÓN

ENTIDAD

DEPENDENCIA

CARGO

No. DE TELÉFONO

CORREO ELECTRÓNICO

REQUERIMIENTOS ESPECIALES

(Dieta especial, condición ergonómica, servicio especial para personas con discapacidad o mujeres embarazadas)

Esta información será utilizada en la elaboración de la lista de participantes, certificados y demás materiales que lleven su nombre y/o sus datos.

Por favor enviar este formulario por correo electrónico a

VIICURSODIH@cancilleria.gov.co

Cualquier duda e inquietud comunicarse al 3814000 Ext. 1480