

 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI	INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE SANTA LIBRADA FICHA DE SOLICITUD DE CUPO	 INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE SANTA LIBRADA CALI
CÓDIGO FO-GM-02	VERSIÓN 05	FECHA 30/07/2021

SEDE:	GRADO:	JORNADA:	
DATOS ESTUDIANTE		Tipo Doc: R.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> OTRO _____	
Apellidos :		Nombres :	
Fecha Nacimiento :		Lugar :	Sexo : M F
Correo electrónico:		Teléfono celular del estudiante:	
Dirección :		Teléfonos:	
Barrio :	Comuna :	Estrato :	Municipio :
Seguro Escolar : Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Subsidiado : Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	RH :	Peso : Talla :
Proviene del Sector Oficial : Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Viene del ICBF :Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Colegio Anterior :	
Religión que Profesa :			Derecho Zurdo
Capacidades Excepcionales: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Superdotado Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Con Talento: Científico <input type="checkbox"/> Tecnológico <input type="checkbox"/> Subjetivo (artístico/deportivo) <input type="checkbox"/>	
Necesidades Educativas Especiales: Ninguna <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Cognitiva <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Cual?			
Situación Académica Año Lectivo Anterior: Aprobado <input type="checkbox"/> No Aprobado <input type="checkbox"/>			
Número de Hermanos:	Número de Hermanas :	Posición Ordinal :	Cohabitantes :
Tiene Hermanos en esta Institución? : Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuantos?		Vive Con :	Familias en Acción : Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Sisben : Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nivel :	#Afil :	ARS (Administradora del Régimen Subsidiado):
EPS :		IPS :	
Caja de Compensación Familiar : Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nombre de la Caja :	
Vacunas :		Faltan :	
CARACTERIZACIÓN ESPECIAL FAMILIAR			
Situación de Desplazamiento : Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Municipio Expulsor :	Fecha de Desplazamiento :
Proviene de Otro Municipio? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cual?			
Situación de Reinserción : Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/>			
Tipo de Población: Indígena <input type="checkbox"/> Afrodescendiente <input type="checkbox"/> Otra Etnia <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/>			
Grupo Indígena:		Resguardo:	
DATOS DE LA MADRE			
Nombres y Apellidos :			Vive : Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Doc. Iden. No. :	Lugar Exp :	Cabeza de hogar : Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Dirección :		Teléfono fijo y celular:	
Ocupación/Profesión:		Correo electrónico:	
Empresa :	Cargo :	Teléfono :	
Nivel Educativo: Ninguno <input type="checkbox"/> Bas. Primaria <input type="checkbox"/> Bas. Secundaria <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/>			
DATOS DEL PADRE			
Nombres y Apellidos :			Vive : Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Doc. Iden. No. :	Lugar Exp :	Cabeza de hogar : Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Dirección :		Teléfono fijo y celular:	
Ocupación/Profesión:		Correo electrónico:	
Empresa :	Cargo :	Teléfono :	
Nivel Educativo: Ninguno <input type="checkbox"/> Bas. Primaria <input type="checkbox"/> Bas. Secundaria <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/>			
DATOS DEL ACUDIENTE (DIFERENTE A LOS PADRES)			
Nombres y Apellidos :			
Doc. Iden. No. :	Lugar Exp :	Parentesco :	
Dirección :		Teléfono :	
Ocupación :		Empresa : Teléfono :	

 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI	INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE SANTA LIBRADA FICHA DE SOLICITUD DE CUPO		 INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE SANTA LIBRADA CALI
	CÓDIGO FO-GM-02	VERSIÓN 05	

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Al momento de solicitar un cupo en nuestra institución educativa, los padres y/o acudientes de los y las estudiantes menores de edad, así como los estudiantes adultos que se matriculan de forma autónoma, autorizan a la Institución Educativa para tratar los datos personales de todas las personas relacionadas en el proceso de inscripción y matrícula (estudiantes, padres, acudientes) según lo establecido en la Ley 1581 de 2012, y su Decreto reglamentario 1377 de 2012.

Aceptan que:

1. La Institución Educativa De Santa Librada actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los y las estudiantes y conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar estos datos personales conforme a la política de tratamiento de datos personales de la Institución.
2. Es de carácter facultativo de la Institución responder preguntas que versen sobre datos sensibles o sobre menores de edad a las autoridades competentes que las demanden.
3. Los derechos como Representantes Legales de los Niños, Niñas y Adolescentes (NNA) menores de edad en relación con sus datos son los previstos en la Constitución Política y la Ley, especialmente al derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir esta información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.
4. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales dispuestos por la ley y observando la política de datos personales de la institución.
5. La Institución Educativa De Santa Librada garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad de los datos.

En virtud de lo anterior, desde el momento de la inscripción y matrícula se autoriza de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la institución educativa De Santa Librada para tratar los datos personales de todos los estudiantes en su calidad de hijo(a) o acudido (a), o en nombre propio, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales de la institución y para los fines relacionados con su objeto social y en especial para fines legales, contractuales, comerciales descritos en la política de tratamiento de datos personales de la institución.

Asimismo, declaran que la información obtenida para el tratamiento de los datos personales de los y las estudiantes la suministran de forma voluntaria y es verídica.

Nombre de quien solicita el cupo:	
Firma:	Documento de identidad:
Teléfono de contacto / correo electrónico:	Fecha de solicitud de cupo: (dd/mmm/aaaa): ____/____/____

Espacio exclusivo para diligenciar por la IE.	
Fecha de procesamiento de la solicitud de cupo (dd/mmm/aaaa): ____/____/____	Cupo asignado SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Nombre de quien procesa la solicitud:	Cargo:
Fecha y medio de notificación a la familia / acudientes: (dd/mmm/aaaa): ____/____/____	
Fecha asignada para entrevista:	