



HOJA DE MATRÍCULA - 2025
COLEGIO GENERAL SANTANDER
INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITAL
DANE: 111265000025
Resolución Oficial 015 del 27 de junio de 2023

JORNADA:	MAÑANA / TARDE	SEDE:		INGRESA AL GRADO:		REPITE:	SI	NO
----------	----------------	-------	--	-------------------	--	---------	----	----

ESTUDIANTE:	ANTIGUO	NUEVO		FECHA DE MATRICULA:	DD / MM / AA
-------------	---------	-------	--	---------------------	--------------

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

TIPO IDENTIFICACIÓN: RC / TI / CC / OTRO:	NUMERO:
---	---------

APELLIDOS:	NOMBRES:
------------	----------

FECHA DE NACIMIENTO:	DD/MM/AA	PAÍS DE NACIMIENTO:		CIUDAD DE NACIMIENTO:	
----------------------	----------	---------------------	--	-----------------------	--

EPS:	GENERO:	SISBEN CLASIFICACIÓN:	TIPO SANGRE Y RH:
------	---------	-----------------------	-------------------

UBICACIÓN DEL ALUMNO

DIRECCIÓN RESIDENCIA DEL ESTUDIANTE:	BARRIO:
--------------------------------------	---------

TELEFONO:	CORREO ELEC:
-----------	--------------

LOCALIDAD:	ESTRATO:
------------	----------

HISTORIA ACADÉMICA AÑOS ANTERIORES

AÑO	GRADO	INSTITUCIÓN EDUCATIVA	PRIVADO-DISTRITAL		AÑO	GRADO	INSTITUCIÓN EDUCATIVA	PRIVADO-DISTRITAL	
	PRE		P	D		6		P	D
	1		P	D		7		P	D
	2		P	D		8		P	D
	3		P	D		9		P	D
	4		P	D		10		P	D
	5		P	D		11		P	D

SITUACIÓN SOCIAL

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI NO	EN SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO: SI NO	DEPARTAMENTO EXPULSOR:
-------------------------------------	---------------------------------------	------------------------

HIJO DE DESMOBILIZADO: SI NO	MIGRANTE: SI NO	PAIS:	DESVINCULADO DE GRUPO ARMADO: SI NO
------------------------------	-----------------	-------	-------------------------------------

PERTENECE A RESGUARDO INDIGENA: SI NO	PERTENECE A ALGUNA ETNIA: SI NO	AFRODESCENDIENTE O NEGRITUDES: SI NO
---------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------

LIMITACIONES O CAPACIDADES EXCEPCIONALES

LIMITACION FISICA O DISCAPACIDAD: SI NO	NOMBRE DE LA DISCAPACIDAD:
---	----------------------------

CAPACIDAD O TALENDO: SI NO	NOMBRE LA CAPACIDAD O TALENTO:
----------------------------	--------------------------------

TRANSTORNO ESPECIFICO DE APRENDIZAJE: SI NO	NOMBRE DEL TRANSTORNO:
---	------------------------

PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI NO	DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD:
-----------------------------------	-------------------------------

CUIDADOS ESPECIFICOS: SI NO	NOMBRE EL CUIDADO ESPECIFICO:
-----------------------------	-------------------------------

INFORMACIÓN DE LOS PADRES Y ACUDIENES

PADRE:	Nº. CEDULA:	TELÉFONO:
--------	-------------	-----------

MADRE:	Nº. CEDULA:	TELÉFONO:
--------	-------------	-----------

ACUDIENTE:	Nº. CEDULA:	TELÉFONO:
------------	-------------	-----------

CORREO ELECTRONICO DEL ACUDIENTE:

ALGUIEN DIFERENTE AL PADRE O MADRE TIENE LA CUSTODIA DEL MENOR: SI NO

TIENE HERMANOS EN LA INSTITUCION: SI NO	NOMBRE DE LOS HERMANOS:
---	-------------------------

ACEPTAMOS EL PROYECTO EDUCATIVO INSTITUCIONAL (PEI) Y CUMPLIREMOS CON EL MANUAL DE CONVIVENCIA, PLANES, PROGRAMAS, NORMAS Y DEMAS DISPOSICIONES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SI NO
--

OBSERVACIONES:

FIRMA ESTUDIANTE

FIRMA PADRE - MADRE O ACUDIENTE

Florencia...
FIRMA SECRETARIO(A)

[Firma]
FIRMA RECTOR(A)

**AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA USO DE DATOS E IMAGEN EN
PROCESOS DE INVESTIGACIÓN PEDAGÓGICA
AÑO 2025**

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad _____ identificado (a) con documento de identidad número _____ de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial las Leyes 1581 de 2012, 1712 de 2014 y los Decretos 1074 de 2015 y 1081 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente a la **SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL DISTRITO** y a la **ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ**, para proceder al tratamiento de los siguientes datos:

Autorización - uso de imagen del menor de edad:

Autorización (Selecione)	<input type="checkbox"/>	Fotos	<input type="checkbox"/>	Audios	<input type="checkbox"/>	Videos	<input type="checkbox"/>	Locaciones	<input type="checkbox"/>
Otros datos personales	Si señalo otros datos personales, mencione cuáles:								

Autorización - uso de imagen del representante del menor de edad (en caso de requerirse):

Yo, _____ Quien suscribe el presente documento, Identificado (a) con documento de identidad número _____ de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial las Leyes 1581 de 2012, 1712 de 2014 y los Decretos 1074 de 2015 y 1081 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente a la **SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL DISTRITO** y a la **ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ**, para proceder al tratamiento de los siguientes datos:

Autorización (Selecione)	<input type="checkbox"/>	Fotos	<input type="checkbox"/>	Audios	<input type="checkbox"/>	Videos	<input type="checkbox"/>	Locaciones	<input type="checkbox"/>
Otros datos personales	Si señalo otros datos personales, mencione cuáles:								

Entiendo que el responsable del tratamiento de los datos autorizados es la **SECRETARÍA DE EDUCACION DEL DISTRITO**, NIT: **899.999,061-9**, ubicada en la Avenida El Dorado # 66-63, teléfono 3241000 y que la presente autorización comprende:

1. La recolección, gestión, almacenamiento y tratamiento a los datos personales seleccionados en la autorización.
2. Mantener en su archivo, usar, reproducir, publicar, adaptar, extraer o compendiar imágenes personales, fotografías u otros datos autorizados; realizar videos y audios del menor de edad y/o del adulto mencionado (s) anteriormente, según corresponda.
3. Divulgar y publicar las imágenes, audios u otros datos autorizados, a través de cualquier medio físico, electrónico, digital o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes y demás campañas institucionales y publicitarias propias de la **SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL DISTRITO** y la **ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ**, sus actuales y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán se encuentran enmarcadas en el interés superior de los menores de edad, y en el respeto de los derechos fundamentales de los titulares.
4. Manifiesto que, como titular de la información y/o representante legal del titular, fui informado de los derechos con que cuento, especialmente a conocer, actualizar y rectificar mi información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión de los datos autorizados. Reconozco además que no existe expectativa sobre los eventuales efectos económicos de la divulgación, o sobre el tipo de campaña publicitaria que pueda realizar la **SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL DISTRITO** y la **ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ**.
5. Declaro que conozco los propósitos de la **SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL DISTRITO** y la **ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ** apuntan a promocionar valores educativos, culturales y de divulgación de políticas públicas; hecho por el cual, en las emisiones no habrá uso indebido del material autorizado, ni distinto al anteriormente descrito, y menos irrespeto por cualquier derecho fundamental.
6. Reconozco que la vigencia temporal y territorial de esta autorización está dada para las gestiones propias e institucionales de la Entidad en los términos establecido en las Leyes 1581 de 2012, 1712 de 2014 y los Decretos 1074 de 2015 y 1081 de 2015, por lo que, además, la **SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL DISTRITO** y la **ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ** son titulares de los derechos sobre los programas o productos a emitir correspondientemente.

Manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes de entregar mis datos y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

Atentamente,

Firma: _____
 CC: _____
 Teléfono de contacto: _____
 Dirección: _____
 Correo electrónico: _____

Fecha: _____
 *(Fecha en que se puso de presente al titular la autorización y entregó sus datos)