

INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO DE LOS DOCUMENTOS DE MATRÍCULA





**DILIGENCIAR
PAGARÉ**

Número consecutivo del pagaré

| | | |
|---|--|---|
|  | HERMANAS DOMINICAS DE LA PRESENTACIÓN - PROVINCIA DE MEDELLÍN SISTEMA DE GESTIÓN COLEGIO |  |
| CÓDIGO: FOPE16 | PAGARÉ | VERSIÓN: 10 |

PAGARÉ No. 000

Este espacio es diligenciado por el colegio

VENCIMIENTO _____

Nosotros, Nombre del Responsable de pagos y Nombre del Codeudor, mayores de edad, identificados como aparecen al pie de nuestras firmas, con domicilio en Envigado en adelante

LOS DEUDORES nos obligamos a pagar solidaria e incondicionalmente, a favor de la COMUNIDAD DE HERMANAS DOMINICAS DE LA PRESENTACIÓN DE LA SANTÍSIMA VIRGEN DE TOURS PROVINCIA DE MEDELLÍN, o a su orden, la suma de _____

Este espacio es diligenciado por el colegio

(\$ _____) por concepto de capital

Este espacio es diligenciado por el colegio

Debe colocar la huella del responsable de pagos

Otorgado en Envigado a los 12 días del mes de Dic del 2023.

DEUDOR 1: **Datos del responsable de pagos**

Nombre. _____ C.C. _____

Dirección. _____ Correo Electrónico _____

Teléfono Fijo. _____ Celular. _____

Firma. _____ Huella. _____



Medio por el que desea ser contactado (seleccione al menos dos). En caso de no indicar algún canal, se entenderá que autoriza todos los canales dispuestos por el COLEGIO.

| | | | | | |
|--------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| Llamada telefónica | <input type="checkbox"/> | Correo electrónico | <input type="checkbox"/> | Mensaje de WhatsApp | <input type="checkbox"/> |
|--------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|

Debe indicar el medio por el cual desea ser contactado para temas de pagos (Cumplimiento de la Ley 2300 de 2023)

Debe colocar la huella del codeudor

DEUDOR 2:

Datos del Codeudor

Nombre. _____ C.C. _____

Dirección. _____ Correo Electrónico _____

Teléfono Fijo. _____ Celular. _____

Firma. _____ Huella. _____



Medio por el que desea ser contactado (puede seleccionar uno o todos). En caso de no indicar algún canal, se entenderá que autoriza todos los canales dispuestos por el COLEGIO.

| | | | | | |
|--------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| Llamada telefónica | <input type="checkbox"/> | Correo electrónico | <input type="checkbox"/> | Mensaje de WhatsApp | <input type="checkbox"/> |
|--------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|

Debe indicar el medio por el cual desea ser contactado para temas de pagos (Cumplimiento de la Ley 2300 de 2023)

Se debe colocar el mismo número consecutivo de la primera hoja

CARTA DE INSTRUCCIONES DEL PAGARÉ No. 000

Señores

HERMANAS DOMINICAS DE LA PRESENTACIÓN DE SANTISIMA VIRGEN DE TOURS – PROVINCIA MEDELLÍN

Ciudad

Respetados señores:

Nosotros, Nombre del responsable de pagos y Nombre del Codeudor mayores de edad, identificados como aparece al pie de nuestras firmas, quienes suscribimos el pagaré No. 000, autorizamos irrevocablemente a la COMUNIDAD DE HERMANAS DOMINICAS DE LA PRESENTACIÓN DE LA SANTISIMA VIRGEN DE TOURS PROVINCIA DE MEDELLÍN para llenar sin previo aviso los espacios en blanco del pagaré No. 000, que como DEUDORES hemos otorgado a su favor, o a su orden, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 622 del Código de Comercio, siguiendo especialmente las instrucciones señaladas a continuación:

Se debe colocar el mismo número consecutivo de la primera hoja

Debe colocar la huella del responsable de pagos

Otorgado en Envigado a los 12 días del mes de Dic del 2023.

DEUDOR 1: **Datos del responsable de pagos**

Nombre. _____ C.C. _____

Dirección. _____ Correo Electrónico _____

Teléfono Fijo. _____ Celular. _____

Firma. _____ Huella. _____



Medio por el que desea ser contactado (seleccione al menos dos). En caso de no indicar algún canal, se entenderá que autoriza todos los canales dispuestos por el COLEGIO.

| | | | | | |
|--------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| Llamada telefónica | <input type="checkbox"/> | Correo electrónico | <input type="checkbox"/> | Mensaje de WhatsApp | <input type="checkbox"/> |
|--------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|

Debe indicar el medio por el cual desea ser contactado para temas de pagos (Cumplimiento de la Ley 2300 de 2023)

Debe colocar la huella del codeudor

DEUDOR 2:

Datos del Codeudor

Nombre. _____ C.C. _____

Dirección. _____ Correo Electrónico _____

Teléfono Fijo. _____ Celular. _____

Firma. _____ Huella. _____



Medio por el que desea ser contactado (puede seleccionar uno o todos). En caso de no indicar algún canal, se entenderá que autoriza todos los canales dispuestos por el COLEGIO.

| | | | | | |
|--------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| Llamada telefónica | <input type="checkbox"/> | Correo electrónico | <input type="checkbox"/> | Mensaje de WhatsApp | <input type="checkbox"/> |
|--------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|

Debe indicar el medio por el cual desea ser contactado para temas de pagos (Cumplimiento de la Ley 2300 de 2023)

Si el responsable de pagos o el codeudor (Deudor 2) han cambiado respecto al año anterior, solicitamos anexar a la documentación una fotocopia de la cédula, tanto del deudor como del codeudor ampliada al 150.





DILIGENCIAR CONTRATO DE MATRÍCULA

Para constancia se firma en dos ejemplares del mismo tenor, en Envigado, a los 12 días del mes de Dic del 2023.

PADRE DE FAMILIA, *(Nombre y apellidos legibles, datos actualizados y firma)*

Nombre. _____ C.C. _____

Dirección. _____ Correo Electrónico _____

Teléfono Fijo. _____ Celular. _____

Firma. _____

ACUDIENTE, *(Nombre y apellidos legibles, datos actualizados y firma)*

Nombre. _____ C.C. _____

Dirección. _____ Correo Electrónico _____

Teléfono Fijo. _____ Celular. _____

Firma. _____

ESTUDIANTE, *(Nombre y apellidos legibles)*

Nombre. _____

Datos completos del padre de familia y el acudiente. Si es la misma persona, debe diligenciar la información dos veces

Nombre del estudiante, preferiblemente de su puño y letra



CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

Solicitamos que hagan lectura de la Política de tratamiento de datos que se encuentra publicada en la página web del colegio o haciendo clic aquí, antes de diligenciar este documento

CÓDIGO: FOPE22

CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

VERSIÓN: 3

1. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO DEL ESTUDIANTE: Nombre completo del estudiante

GRADO: Grado en el que se matricula AÑO: 2023

Lugar y fecha: Envigado, 12 de diciembre de 2023

Firma padre de familia y/o acudiente

FIRMA PADRE DE FAMILIA Y/O ACUDIENTE

CC/CE

Indicar si autoriza o no, el uso de las imágenes. Solicitamos que hagan lectura consciente del documento

Este consentimiento será firmado en el momento de la matrícula e ingreso al Colegio y tendrá vigencia durante la permanencia del estudiante en la institución, o hasta el momento en que se reciba una notificación de la renuncia a la autorización admitida, la cual debe ser notificada en la dependencia de Secretaría. La renuncia, no implica el retiro de los contenidos audiovisuales que ya han sido publicadas. En caso de reingreso, se debe volver a notificar.

SI DOY EL CONSENTIMIENTO

NO DOY EL CONSENTIMIENTO

Lugar y fecha: Envigado, 12 de diciembre de 2023

Firma padre de familia y/o acudiente

FIRMA PADRE DE FAMILIA Y/O ACUDIENTE

CC/CE

3. CONSENTIMIENTO INFORMADO ASESORÍA ESCOLAR

Yo Nombre padre de familia y/o acudiente con CC Identificación de Lugar expedición en calidad de adulto responsable, del estudiante Nombre del estudiante, manifiesto que mi hijo(a) puede ser atendido en Asesoría Escolar en caso de que lo requiera en el transcurso del año. Dicha atención se realizará con fines psicoeducativos y no sustituye la atención psicoterapéutica que el estudiante necesite.

Autorizo y manifiesto mi compromiso y cooperación con dicho proceso.

Este consentimiento será firmado en el momento de la matrícula e ingreso al Colegio y tendrá vigencia durante la permanencia del estudiante en la institución o hasta el momento en que se reciba una notificación de la renuncia a la autorización admitida, la cual debe ser notificada en la dependencia de Secretaría. En caso de reingreso, se debe volver a notificar.

[] SI DOY EL CONSENTIMIENTO

[] NO DOY EL CONSENTIMIENTO

Lugar y fecha: _____

Firma padre de familia y/o acudiente

FIRMA PADRE DE FAMILIA Y/O ACUDIENTE
CC/CE

Indicar si autoriza o no, la atención en Asesoría Escolar. Solicitamos que hagan lectura consciente del documento