

|                                                                                                                                                                             |                            |                                       |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|--|
| <h1 style="color: red; margin: 0;">FUNDACIÓN AMEV</h1> <h2 style="margin: 0;">ACADEMIA MODALIDAD EDUCATIVA VIRTUAL</h2> <h2 style="margin: 0;">FORMULARIO DE MATRICULA</h2> |                            |                                       |  |
| <b>MODALIDAD:</b> VIRTUAL _____ PRESENCIAL _____ MÓDULOS _____                                                                                                              | <b>JORNADA</b> M _ T _ N _ | <b>MES</b> _____ <b>AÑO</b> 202 _____ |  |

**INSTRUCCIONES:**

Favor diligenciar la siguiente solicitud de inscripción sin dejar datos en blanco. Es muy importante para nosotros que toda la información sea correcta para su oportuna inscripción al programa solicitado.

| INFORMACIÓN ACADÉMICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                             |                        |                     |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------|---------------------|
| SELECCIONE (X):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                             |                        |                     |                     |
| BACHILLERATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> | ULTIMO GRADO APROBADO: |                     | CONVENIO:           |
| DATOS PERSONALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                             |                        |                     |                     |
| NOMBRES Y APELLIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                             | EDAD                   | SEXO                | RH                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                             |                        |                     |                     |
| TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | NUMERO DE IDENTIFICACIÓN                                    |                        | LUGAR DE EXPEDICIÓN | FECHA DE EXPEDICIÓN |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                             |                        |                     |                     |
| FECHA DE NACIMIENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | LUGAR DE NACIMIENTO                                         | AFILIACION A SALUD:    |                     | NIVEL SISBEN:       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                             |                        |                     |                     |
| DIRECCION:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | BARRIO:                                                     |                        | CIUDAD:             |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                             |                        |                     |                     |
| TELEFONO / CELULAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                             |                        | CORREO:             |                     |
| REFERENCIA ACUDIENTE / NOMBRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | TELEFONO:                                                   |                        | DIRECCIÓN:          |                     |
| REFERENCIA PERSONAL / NOMBRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | TELEFONO:                                                   |                        | DIRECCIÓN:          |                     |
| Como estudiante responsable de mis actos, ACEPTO LOS PLANES Y LINEAMIENTOS DE LA FUNDACION y he leído el contrato de prestacion de servicios educativos (Decreto 1860/94), y como padre y/o acudiente ACEPTO LOS PLANES Y LINEAMIENTOS según lo contratado para beneficio del estudiante, Según la Ley 1226 del 2008. Autorizacion para consulta, reporte y procedimientos de datos en las centrales de Riesgo. |                                                             |                        |                     |                     |
| FORMATO PAGARÉ Y CARTA DE INSTRUCCIONES PAGARÉ NO. _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                             |                        |                     |                     |

**Persona Natural:**

Yo, \_\_\_\_\_ (Deudor), mayor de edad, identificada como aparece al pie de mi firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifiesto, lo siguiente:

**PRIMERO:** Que debo y pagaré, incondicional y solidariamente, a la orden de LA FUNDACIÓN AMEV o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos sobre este pagaré, la suma cierta de \_\_\_\_\_ PESOS MCTE. (\$ \_\_\_\_\_), pesos moneda legal colombiana.

**SEGUNDO:** Que el pago total de la mencionada obligación se efectuara en un solo contado, el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ en la dependencia de la ciudad de NEIVA FUNDACIÓN AMEV o en su cuenta bancaria No. 45500001353 del Banco BANCOLOMBIA

**TERCERO:** Que en caso de mora pagaré a FUNDACIÓN AMEV o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos, intereses de mora a la más alta tasa permitida por la Ley, desde el día siguiente a la fecha de exigibilidad del presente pagaré, y hasta cuando su pago total se efectúe.

**CUARTO:** Expresamente, declaro excusado el protesto del presente pagaré y los requerimientos judiciales o extrajudiciales para la constitución en mora.

**QUINTO:** En caso de que haya lugar al recaudo judicial o extrajudicial de la obligación contenida en el presente título valor será a mi cargo las costas judiciales y/o los honorarios que se causen por tal razón.

En constancia de lo anterior, firmamos la presente autorización, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Estudiante

\_\_\_\_\_  
Padre de Familia y/o Acudiente  
CC. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Si es menor de edad)  
TELEFONO: \_\_\_\_\_  
CORREO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
COORDINADOR ACADEMICO

\_\_\_\_\_  
DIRECTOR GENERAL