

Ambato,

Hna. Alexandra Medina

RECTORA

UNIDAD EDUCATIVA SANTO DOMINGO DE GUZMÁN – AMBATO

Presente.-

De nuestra consideración:

Nosotros: (padre)..... con cédula de ciudadanía
.....; (madre)..... con cédula de ciudadanía
....., padres de él/la estudiante
..... del grado/curso
..... paralelo “.....”.

En común acuerdo y de forma libre y voluntaria, informamos que actuará como Representante Legal Padre Madre

de él/la estudiante, dando cumplimiento al **Registro Oficial de la Ley Orgánica de Educación Intercultural: Art. 12.- Derechos, literal a.** “Escoger, con observancia al Interés Superior del Niño, el tipo de institución educativa que consideren conveniente para sus representados, acorde a sus creencias, principios y su realidad cultural y lingüística; ...”

Art. 13.- Obligaciones y Responsabilidades.- Las madres, padres y/o los representantes legales de las y los estudiantes y Código de Convivencia Institucional, para el año lectivo 2024 – 2025.

Particular que comunicamos para los fines legales consiguientes en la Institución, donde recibimos el servicio educativo para nuestro representado/a.

.....

.....

C.C.:

C.C.:

PADRE

MADRE

Espacio exclusivo en caso de no ser Padre/Madre del estudiante y contar con la documentación legal de tutela:

Poder general y/o específico notariado: _____

Tutela del menor: _____

Padres migrantes: _____

Otros (especifique): _____

Nombres completos.....

C.C.

Firma:

REPRESENTANTE



Unidad Educativa Santo Domingo de Guzmán

CÓDIGOS/C
2023-06-08
Versión-01**COMPROMISOS PARA LA CONVIVENCIA ARMÓNICA**

Página 2 de 8

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL

DATOS INFORMATIVOS GENERALES

Nombre del/la estudiante:

Grado/curso y paralelo:

Jornada: Matutina

Teléfono de representante:

Fecha:

Yo, _____ en calidad de representante de el/la estudiante _____, una vez que he conocido en qué consiste el proceso de atención psicosocial que ejecuta el personal del Departamento de Consejería Estudiantil de la institución educativa, AUTORIZO () NO AUTORIZO (), que mi representado/a cuenta con este servicio, (*en caso de haber marcado el "NO AUTORIZO" la atención psicosocial describa el motivo*): _____

A su vez, declaro haber sido informado/a que el servicio de atención y acompañamiento psicosocial no consiste en un proceso de evaluación y/o terapia psicológica y que en caso de requerirlo mi representado/a podría ser derivado a un centro de atención externa a la institución educativa que brinde dicho servicio.

EJE DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL

"Son las acciones para la detección, intervención, derivación, seguimiento y reparación, dirigidas a estudiantes que se encuentren atravesando por situaciones como: inestabilidad emocional, conflictos (individual, escolar, familiar, social, adaptativo), desastre natural, vulneración de derechos, o de riesgo psicosocial que pueda afectar su desarrollo integral...."

"El equipo de profesionales del DECE no estructurarán diagnósticos clínicos, procesos terapéuticos o psicoterapéuticos, apoyo psicopedagógico ni valoración o evaluación psicopedagógica."

Con base al "Modelo de Gestión de los Departamentos de Consejería Estudiantil" en cumplimiento del ACUERDO Nro. MINEDUC-MINEDUC-2023-00010-A.

Firmas

Profesional del Departamento de Consejería
Estudiantil que brindará la atención

Representante legal

Nombre:

Nombre:

C.C.:

***La información registrada en este documento es confidencial y de uso exclusivo del Departamento de Consejería Estudiantil**



Unidad Educativa Santo Domingo de Guzmán

CÓDIGOS/C
2023-06-08
Versión-01**COMPROMISOS PARA LA CONVIVENCIA ARMÓNICA**

Página 3 de 8

DEPARTAMENTO DE CONSEJERÍA ESTUDIANTIL-DEPARTAMENTO MÉDICO**AÑO LECTIVO 2024-2025**

1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN/INFORMACIÓN									
Cód. Ficha		Grado/Curso:							
Apellidos y nombres del/la estudiante:									
Cédula de Ciudadanía:									
Lugar y fecha de nacimiento: (dd/mm/aa)									
Nombre del representante:									
Dirección:									
Provincia		Cantón		Parroquia		Barrio/Sector			
Teléfonos:	Celular:		Convencional:						
Etnia:		Sexo		H:		M:			
2.-DATOS FAMILIARES									
Nombre de la madre:		Edad	Estado civil	Instrucción	Profesión u ocupación	Lugar de trabajo	Teléfonos		
Nombre del padre:		Edad	Estado civil	Instrucción	Profesión u ocupación	Lugar de trabajo	Teléfonos		
Nombre del representante:		Parentesco	Edad	Estado Civil	Instrucción	Profesión u ocupación	Lugar de trabajo	Teléfonos	
<i>*Esta casilla se completa solamente si el estudiante se encuentra bajo el cuidado de otra persona que no sean sus progenitores</i>									
3.- REFERENCIAS FAMILIARES DEL/LA ESTUDIANTE									
Personas con quien vive el estudiante									
Madre		Padre		Padres		Hermanos		Otros	
3.1. Número de hermanos/as									
N°	Nombres y apellidos		Edad	Instrucción	Estudia en esta institución		Observaciones		
3.2. Descripción de la estructura familiar:									
Funcional		Disfuncional		Reorganizada		Monoparental		Otros	
Observaciones:.....									
3.3. Cómo describiría la relación del/la estudiante con:									
						Observaciones			
Padre									
Madre									
Hermanos									
Otros									
Familiares con algún tipo de discapacidad o vulnerabilidad						SI		NO	



Unidad Educativa Santo Domingo de Guzmán

CÓDIGOS/C
2023-06-08
Versión-01**COMPROMISOS PARA LA CONVIVENCIA ARMÓNICA**

Página 4 de 8

Determinar quién:

Nombres y apellidos	Tipo de discapacidad/vulnerabilidad	Parentesco	Observaciones

4.-REFERENCIAS SOCIOECONÓMICAS GENERALES**4.1. Ingresos/egresos de los miembros de la familia**

	Ingresos	Egresos			
Padre		Alimentación:		Vivienda:	
Madre		Educación:		Préstamos:	
Otros		Extras:			
Total		Total:			

4.2. Condiciones de vivienda

Propia		Arrendada		Prestada		Hipotecada		Con préstamo	
--------	--	-----------	--	----------	--	------------	--	--------------	--

Breve descripción de la vivienda: (casa, departamento, cuarto, etc.)

.....

.....

4.3. Servicios:

Luz eléctrica		Agua Potable		SSHH		Cable		Teléfono	
Celular		Computador		Internet		Pozo séptico		Acequia	
Tanque reservorio				Vehículo propio					

5.- DATOS DE SALUD:El estudiante tiene algún tipo de discapacidad: SI NOFísica Intelectual Visual Auditiva Psicosocial Multidiscapacidad N° Carnet del MSP

Escriba el tipo de sangre del estudiante.

Contestar las siguientes preguntas SOLAMENTE en caso de estudiantes mujeres que ya hayan tenido su primera regla o menstruación:

1. Fecha de la primera regla
2. Ciclos regular Ciclo irregular

Fecha de la última regla

El estudiante tiene alguna condición médica específica o enfermedad crónica SI NODeterminar cuál:
.....
.....Si contestó de manera positiva a la pregunta anterior, especifique los medicamentos que utiliza:
.....El estudiante ha sido sometido a alguna cirugía: SI NOSi contestó de manera positiva a la pregunta anterior, escriba la o las cirugías a las que fue sometido y sus fechas.
.....
.....El estudiante tiene alguna alergia: SI NOSi contestó de manera positiva a la pregunta anterior, especifique el tipo de alergia:
.....El estudiante tiene alergia a algún medicamento: SI NOSi contestó de manera positiva a la pregunta anterior, enumere el o los medicamentos que al estudiante no se le puede administrar:
.....



Unidad Educativa Santo Domingo de Guzmán

CÓDIGOS/C
2023-06-08
Versión-01**COMPROMISOS PARA LA CONVIVENCIA ARMÓNICA**

Página 5 de 8

.....									
El estudiante se ha contagiado de COVID:	SI		NO						
Si contestó de manera positiva a la pregunta anterior, indique la fecha del último contagio.									
Recibió la vacuna contra COVID	SI		NO						
Si contestó SI a la pregunta anterior, escriba cuántas dosis de vacuna ha recibido, la fecha y el lugar en donde se aplicó la última dosis:									
Si contestó NO a la pregunta anterior, escriba el o los motivos por los que no se vacunó:									
Recibió la vacuna de la "Campaña contra poliomielitis, sarampión y rubéola" (mayo a julio de 2023):	SI		NO						
Si contestó SI a la pregunta anterior, escriba la fecha y lugar en donde se aplicó la o las vacunas:									
Si contestó NO a la pregunta anterior, escriba el o los motivos por los que no se vacunó:									
El estudiante normalmente recibe atención médica en:									
IESS		Centro de Salud		Subcentro de salud					
Hospital público		Hospital Privado		Medios Naturales					
Cuenta con algún tipo de seguro privado	SI		NO						
Si contestó SI a la pregunta anterior, mencione el nombre de su seguro privado:									
En caso de que la Institución requiera contactarle por situaciones de salud del estudiante, escriba el o los números de contacto de emergencia.									
Observaciones:									
6.- DATOS ACADÉMICOS/RENDIMIENTO ESCOLAR									
Fecha de ingreso a la institución				(DD/MM/AA)					
Institución educativa de la que procede:								
6.1. Datos Académicos:									
Asignaturas de preferencia del estudiante:									
Matemática		Lengua		EESS		CCNN		Inglés	
Otras									
Asignaturas en las que ha tenido dificultad:									
Matemática		Lengua		EESS		CCNN		Inglés	
Otras									
HISTORIA ESCOLAR									
Promedio de aprovechamiento				Evaluación del comportamiento					
Ha repetido algún año, cual				Debido a					
Ausentismo, suspensiones				Debido a					
Apoyo recibido:	Pedagógico		Logopédico		Psicológico		Fisioterapéutico		Otro
7.-HISTORIA VITAL									
7.1. Embarazo y parto									
EMBARAZO									
Edad de la madre	Accidentes		Medicamentos		Emociones fuertes		Riesgo		



Unidad Educativa Santo Domingo de Guzmán

CÓDIGOS/C
2023-06-08
Versión-01**COMPROMISOS PARA LA CONVIVENCIA ARMÓNICA**

Página 6 de 8

PARTO

A termino		Prematuro		Se paso		Cesárea		Normal	
Fórceps		Apgar		Hipoxia		Anoxia		Ictericia	
Asfixia		Sufrimiento fetal		Llanto		Otros			

7.2. Datos del/la niño/a:

Al nacer		Edad que empezó a:								
Peso	Talla	Sostuvo la cabeza	Sentarse	Gatear	Caminar	Correr	Subir gradas	Saltar	Control esfínter anal	Control esfínter urinal
		Balbuceo	Primeras palabras	Primeras frases	Contar vivencias	Garabatear	Lactancia	Biberón	Comer solo/a	Usa lentes

7.3. Accidentes (desde la infancia hasta la actualidad)

Accidentes del estudiante que ameriten conocimiento de la Institución	Fecha

7.3. Antecedentes patológicos familiares:

Obesidad	Trastornos psicológicos	Enfermedades cardiacas	Hipertensión	Diabetes	Alcohol y drogas	Enfermedades mentales	Violencia intrafamiliar	Otros

Responsable:**Representante Legal:**

DECE

Nombres y apellidos:

C.C.



**COMPROMISOS PARA LA CONVIVENCIA ARMÓNICA
INSTITUCIONAL**

Año Lectivo 2024 - 2025

Previo a matricular a su representado/a en nuestra institución, es menester afianzar lo reconocido por ustedes en el documento "Compromisos para la Convivencia Armónica Institucional" que busca, ante todo, unificar el perfil de los Padres de Familia que anhelan educar a sus hijos con nosotros. Por ello, requerimos que marque con una "X", en los siguientes casilleros, como constancia de su conocimiento de dicha información, para validar el proceso de matrícula:

DE LA ASISTENCIA:

1. Asistir de manera puntual y con actitud positiva a las convocatorias que realice la Institución, el docente o los directivos, para hablar sobre el proceso educativo y la evolución del aprendizaje académico y comportamental de su representado.
2. Cumplir las disposiciones para el ingreso y salida de los estudiantes: horarios y puertas, que serán comunicadas en la página web www.santo.edu.ec.
3. Garantizar que su representado utilice el uniforme de acuerdo al horario establecido.
4. Reconocer y acudir a las instancias pertinentes utilizando los canales de comunicación dispuestos por la institución, para la convivencia armónica entre los actores de la comunidad educativa.
5. Cuidar del trato respetuoso y cordial con los miembros de la comunidad educativa, en su comunicación oral y escrita.
6. Reconocer que la Institución establece que "toda la comunicación formal generada por la institución será enviada a través de medios digitales oficiales: correo electrónico del estudiante, página web, redes sociales institucionales, plataforma Idukay", por lo que, se debe revisar diariamente las comunicaciones en dichos sitios.
7. Hacer uso responsable y respetuoso de las redes sociales y chats, evitando comentarios negativos y direccionar las dudas o inquietudes a las instancias pertinentes.

DE LO ACADÉMICO:

8. Proporcionar en el hogar del estudiante un ambiente familiar de calidez, seguridad, apoyo y acompañamiento en el proceso educativo, para asegurar el crecimiento, maduración y formación integral de su representado.
9. Realizar el seguimiento y control académico desde casa, brindando a su representado los recursos necesarios para que cumpla con las actividades académicas, de tal manera que asegure la presentación de las mismas en los plazos establecidos por los docentes.
10. Supervisar el uso responsable de las plataformas (MOODLE, TEAMS, IDUKAY), con el fin de que se constituyan en un soporte para la construcción del aprendizaje.
11. Conocer y aceptar las implicaciones que tiene la PPI (Propuesta Pedagógica Institucional) dirigida a lograr el mejoramiento académico.
12. Cumplir y hacer cumplir a su representado la normativa legal vigente, Estatuto Institucional, Código de Convivencia y procedimientos de la Institución Educativa.
13. Cumplir a cabalidad los acuerdos y compromisos firmados en los departamentos institucionales.
14. Participar de manera pro activa y positiva en las actividades extracurriculares que organice la Institución Educativa, como una estrategia que complementa el desarrollo emocional, físico, socio afectivo y espiritual de sus representados.
15. Proveer y enviar a su representado con todos los textos, útiles y recursos didácticos solicitados por la Institución, en los tiempos establecidos.



Unidad Educativa Santo Domingo de Guzmán

CÓDIGO

S/C
2023-06-08
Versión-01

COMPROMISOS PARA LA CONVIVENCIA ARMÓNICA

Página 8 de 8

DE LO ADMINISTRATIVO:

16. Cancelar la pensión de su representado, en las entidades bancarias autorizadas por la Institución, durante el mes. Con base a la Ley Orgánica Reformatoria de la LOEI, artículo 63 literal a), "...en caso de que la mora supere los tres meses acumulados, el representante legal de la institución educativa, notificará del incumplimiento al nivel Distrital a fin de que, verificado el no pago, se proceda a la reubicación del estudiante en una institución educativa pública del Sistema Nacional de Educación...".
17. Cumplir con los compromisos económicos adquiridos con la institución para mantener los beneficios de descuentos y becas educativas, de acuerdo con la Política de cobro de pensiones.
18. Asumir que las facturas ELECTRÓNICAS regularmente emitidas por la Institución, constituirán prueba suficiente de las obligaciones contraídas por el Representante Legal y, se entenderán canceladas únicamente con el comprobante de pago.
19. Registrar en el formulario institucional de Inspección el transporte que emplee el estudiante para el ingreso y salida de la Institución.
20. Asumir el costo de la reposición de bienes por eventuales daños causados a las instalaciones e implementos educativos, por parte de su representado.
21. Actualizar en la secretaría del plantel sus datos relevantes (dirección domiciliaria, teléfono fijo, celular, correo electrónico, otros), inmediatamente después de que se diera algún cambio.

DE LO GENERAL:

22. Proveer de refrigerios nutritivos y saludables, para que su representado se sirva durante el recreo, fomentando así los mejores hábitos alimenticios.
23. Autorizar que su representado pueda ser fotografiado o grabado en video y que dicho material sea utilizado por la Institución en publicaciones dentro de las redes sociales y portales institucionales, con fines informativos sobre las actividades desarrolladas.
24. Aceptar y cumplir las Políticas Institucionales para el servicio educativo.
25. Aceptar las consecuencias y/o sanciones provocadas por el incumplimiento a lo dispuesto en los incisos antes declarados.
26. Conozco la política de protección de datos institucional publicada en la página web www.santo.edu.ec y autorizo el uso de la información proporcionada para los fines educativos establecidos.
27. Garantizar que su representado cuente con un seguro contra accidentes y/o atención de salud en caso de presentar situaciones de emergencia, que no puedan ser resueltas en la institución, ya sea en casas de salud públicas o particulares.
 - **IESS**
 - **Hospital Regional**
 - **Seguro particular** **Especifique:** _____
28. Reconocer estar informado y haber aceptado lo declarado en **el presente documento**.

Por la presente, yo _____ representante legal del/la estudiante _____, declaro que todos los incisos mencionados en este documento son de mi conocimiento y con ello, confirmo mi voluntad de cumplir con estas políticas, mientras mi representado sea alumno del plantel, luego de haber sido admitido.

Ambato, ____ de _____ de 2024.

Firma del representante Legal