

FORMULARIO MODALIDAD No. 1 PARA SOLICITUD, VERIFICACION Y APROBACION DE LA ASIGNACION DE LA ESTRATEGIA PARA EL "AUXILIO PARA EL TRANSPORTE ESCOLAR PARA LOS ESTUDIANTES DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES DEL MUNICIPIO DE FUSAGASUGA 2026"



NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA MUNICIPAL

ESTA ESTRATEGIA SOLO APLICA PARA SOLICITUD Y ASIGNACION DE LOS NIVELES EDUCATIVOS: PREESCOLAR (0)- PRIMARIA(1-5)- SECUNDARIA(6-9) Y MEDIA TECNICA (10-11)

A.) INFORMACION DEL ESTUDIANTE: DEBE SER DILIGENCIADA POR EL PADRE/MADRE O ACUDIENTE

1.) INFORMACION DEL O LA ESTUDIANTE	NOMBRES DEL ESTUDIANTE				NO. IDENTIFICACION		
					LUGAR DE DOCUMENTO		
	APELLIDOS DEL ESTUDIANTE				No. R.C.	NES	
					No. T.I.	PPT	
	DIRECCION RESIDENCIA				EDAD	PEP	
					BARRIO O VEREDA		
2.) INFORMACION DEL ACUDIENTE	NOMBRES DEL ACUDIENTE				No. TELEFONO		
					No. CELULAR		
	APELLIDOS DEL ACUDIENTE				N° IDENTIFICACION		
					LUGAR DEL DOCUMENTO		
	DIRECCION DE RESIDENCIA				BARRIO O VEREDA		
3.) CARACTERIZACION SOCIO-ECONOMICA SISBEN IV	GRUPO SOCIO-ECONOMICO				CATEGORIA	MARQUE GRUPO DE SISBEN QUE CORRESPONDE Y ESCRIBA NUMERO ASIGNADO DE LA CLASIFICACION SISBEN IV	
	¿TIENE SISBEN ?	SI		NO			
	Grupo A: pobreza extrema (población con menor capacidad de generación de ingresos-Hogares en situación de pobreza extrema, divididos en cinco subgrupos, de A1 a A5)						
	Grupo B: pobreza moderada (población con mayor capacidad de generar ingresos que los del grupo A-Hogares en condición de pobreza moderada, subdivididos en siete subgrupos, de B1 a B7)						
	Grupo C: vulnerable (población en riesgo de caer en pobreza-Hogares en situación de vulnerabilidad, distribuidos en 18 subgrupos, de C1 a C18)						
Grupo D: población no pobre, no vulnerable-Hogares que no están en situación de pobreza. Este grupo cuenta con un total de 21 subgrupos que van desde el D1 hasta D21.							
4.) TIPO DE POBLACION	CLASIFICACION SEGÚN SIMAT	MARQUE OPCION QUE CORRESPONDA		PREGUNTAS GENERALES		MARQUE LA OPCION QUE CORRESPONDA	
		SI	NO			SI	NO
	ESTUDIANTE CON DISCAPACIDAD			ESTUDIANTE TUVO TRANSPORTE ESCOLAR EN VIGENCIA 2025			
	POBLACION VICTIMA INDIGENA			TIENE O TUVO HERMANOS (AS) CON TRANSPORTE ESCOLAR EN 2025			
	NEGRITUDES			TOTAL HERMANOS (AS) CON TRANSPORTE ESCOLAR PARA 2026			
	ROOM						
	OTRAS ETNIAS						
EXTRANJEROS							
5.) MARQUE SEGÚN CORRESPONDA LA MODALIDAD QUE APLICA PARA ESTE FORMULARIO DE SOLICITUD			MODALIDAD No. 1: <i>Modalidad de contratar de manera directa el servicio de transporte escolar (contrato entre padres-operador)</i>				
6.) POR MEDIO DEL PRESENTE SE AUTORIZA LA VERIFICACION DE LOS DATOS DILIGENCIADOS A MANO PROPIA Y EN EL CASO DE QUE MI HIJO (A) SEA BENEFICIARIO (IA) DE LA ESTRATEGIA DEL "AUXILIO PARA EL TRANSPORTE ESCOLAR", AUTORIZO A LA ALCALDIA DE FUSAGASUGA PARA QUE EL VALOR CORRESPONDIENTE SEA GIRADO A LA EMPRESA QUE DEFINA EL COMITE DE TRANSPORTE ESCOLAR DE ESTA INSTITUCION EDUCATIVA OFICIAL.							
7.) ¿PADRE/MADRE O ACUDIENTE CERTIFICA QUE CUMPLIRA CON LOS COMPROMISOS Y RESPONSABILIDADES DEL MANUAL OPERATIVO 2026 Y APRUEBA Y AUTORIZA LA VALIDEZ DE LA INFORMACION SUMINISTRADA ?			SI		8:) FIRMA PADRE/MADRE Y/O ACUDIENTE DEL ESTUDIANTE		
			NO				

B.) VERIFICACION: USO EXCLUSIVO PARA LA INSTITUCION EDUCATIVA

9.) VERIFICACION SIMAT DATOS DE MATRICULA	SI		10) VERIFICACION Y AVAL DEL DOCENTE DE APOYO DISCAPACIDAD	MARQUE SEGÚN CORESPONDA VALORACION DEL PROFESIONAL	CUMPLE PARA RUTA /DISCAPCIDAD		
	NO				NO CUMPLE PARA RUTA/DISCAPACIDAD		
NOMBRE DEL RESPONSABLE SIMAT				NOMBRE:			
				CARGO:			
				FIRMA:			
11) CUMPLE CON LOS REQUISITOS PARA ADJUDICAR "ESTRATEGIA DEL AUXILIO PARA EL TRANSPORTE ESCOLAR" SEGÚN MANUAL OPERATIVO 2026 (MARQUE SEGÚN CORRESPONDA LA OPCION)				SI		NO	
12.) DATOS INSTITUCIONALES	INSTITUCION EDUCATIVA			SEDE			
	JORNADA: (MARQUE SEGÚN CORRESPONDA)	UNICA		GRADO (MARQUE EL QUE CORRESPONDA)			
		REGULAR		0	4	8	
		MAÑANA		1	5	9	
		TARDE		2	6	10	
			3	7	11		
13:) AUTORIZADO POR:							
DIRECTIVO ENCARGADO DE LA ESTRATEGIA DEL AUXILIO DE TRANSPORTE ESCOLAR-COORDINADOR (A) DE LA IEM				RECTOR (A) DE LA IEM			
NOMBRE:				NOMBRE:			
CARGO:				CARGO:			
FIRMA:				FIRMA:			
FECHA DE APROBACION DE INICIO DE LA ESTRATEGIA (Dia/mes/año)							
14.) OBSERVACIONES POR PARTE DE LA IEM							

C.) ESPACIO EXCLUSIVO PARA VERIFICACION DE SECRETARIA DE EDUCACION DE FUSAGASUGA

15.) VERIFICACION PERSONAL DE APOYO DE LA ESTRATEGIA PARA EL AUXILIO DE TRANSPORTE ESCOLAR VIGENCIA 2026	CUMPLE		OBSERVACIONES	
	NO CUMPLE			
NOMBRES SUPERVISOR DE APOYO			CONTRATO No.	FIRMA

NOTA: PARA LA ESTRATEGIA DEL AUXILIO PARA EL TRANSPORTE ESCOLAR, SE EFECTUARA LA VERIFICACION Y CRUCE DE INFORMACION SIMAT UNICAMENTE CON LOS LISTADOS ENTREGADOS POR LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES EN EL FORMATO ESTABLECIDO Y DEBIDAMENTE DILIGENCIADO.

