

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN ESTUDIANTES SABER 11º

Este formulario debe ser diligenciado por todos los estudiantes de la Institución educativa registrados para el Examen de Estado de la Educación Media SABER 11º.

Reglamentación para la presentación de los exámenes aplicados por el Icfes.

El ICFES mediante Resolución 187 de 18 de marzo de 2013, reglamenta los procedimientos de registro, inscripción, citación y presentación de exámenes. (Consultar resolución en www.icfes.gov.co ó descargar directamente.)

Autorizo al ICFES para hacer uso de la información personal que registró en sus bases de datos, para difundir resultados destacados, exclusivamente con fines académicos, estadísticos, informes agregados o para la obtención de estímulos, de conformidad con las normas vigentes.

De acuerdo con el reglamento mencionado, la información proporcionada en el proceso de registro debe ser actualizada, completa, exacta y verídica, y se entiende como suministrada bajo la gravedad de juramento. De no ser válida, los resultados que se obtengan, carecerán de valor legal.

Declaro conocer y aceptar el reglamento y autorizo al ICFES para hacer uso de la información personal que registró en sus bases de datos, para difundir resultados destacados, exclusivamente con fines académicos, estadísticos, informes agregados o para la obtención de estímulos e incentivos.

Acepto la reglamentación (Nombre y Firma)

Información personal

Datos personales

Primer nombre *: Segundo nombre:

Primer apellido *: Segundo apellido:

Tipo de documento *(Ver Tabla 1): Número documento de identidad *:

País *(País expedición del documento de identidad):

TABLA 1 Tipos de documento de identidad.

Cédula de ciudadanía ; cédula de extranjería ; tarjeta de identidad; contraseña; registraduría; pasaporte colombiano; pasaporte extranjero

Género *(Femenino | Masculino): Fecha de nacimiento (Año -Mes -Día):

Etnia *(Etnia a la que pertenece - Tabla 2):

TABLA 2 Escriba la etnia a la que pertenece, o NINGUNA:

- | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|-----------|-----------------------|-----------|
| • Arhuaco | • Comunidad Rom (gitana) | • Huitoto | • Paez | • Sikuani |
| • Cancuamo | • Cubeo | • Inga | • Pasto | • Tucano |
| • Comunidad Afrodescendiente | • Embera | • Ninguno | • Pijao | • Wayúu |
| | • Guambiano | • Otro | • Raizal o Palenquero | • Zenú |

Discapacidades

¿Tiene alguna discapacidad? *: No Si

En caso de que usted tenga alguna discapacidad favor diligenciar adicionalmente el **Formato de Solicitud de Asistencia en el Examen por Condición de Discapacidad**. La información de las discapacidades que se reporten será incluida en el informe de resultados.

Datos de contacto

El ICFES garantiza su confidencialidad y la usará en caso de ser necesaria la comunicación directa con usted.

Departamento *: Municipio *:

Zona donde está ubicada su residencia *(Escriba una zona de la TABLA 3):

TABLA 3 Escriba su zona de residencia

NORTE – ORIENTE – OCCIDENTE – SUR – CENTRO – NORORIENTE – SURORIENTE – NOROCCIDENTE – SUROCCIDENTE

Dirección *: Teléfono *(Indicativo) - (Número):

Celular *: ¿Autoriza el envío a su celular de mensajes SMS con relación al examen? *: No Si

Área de Residencia (Urbana o Rural) *: Correo electrónico *:

Información académica y de citación

Datos académicos

Matriculado en* (Plantel Educativo donde termina el bachillerato):

¿Valor mensual de la pensión que paga actualmente?*(TABLA 4)

¿Cuántas veces ha presentado el examen SABER 11º? *(TABLA 5)

TABLA 4 Valor mensual de pensión

No Paga Pensión
Menos de 87.000 Pesos
Entre 87.000 y menos de 120.000 Pesos
Entre 120.000 y menos de 150.000 Pesos
Entre 150.000 y menos de 250.000 Pesos
Entre 250.000 pesos o más

TABLA 5 Ninguna vez; Una vez ; Dos veces; Tres veces o más

Datos de citación a examen

Municipio de presentación del examen:

Departamento *:

Municipio *:

¿Confirma que este es el sitio en que presentará el examen? *:



Componente flexible para el examen *(Ver TABLA 6):

¿Confirma que este es el componente flexible de su elección para presentar el examen? *:



TABLA 6 Opciones de componente flexible

Medio ambiente
Profundización Lenguaje
Profundización Matemáticas
Profundización Biología
Profundización Ciencias Sociales
Violencia y sociedad

Información socioeconómica

Datos familiares

Nivel educativo más alto alcanzado por sus padres *(Ver TABLA 7):

Padre *:

Madre *:

TABLA 7 Nivel académico más alto alcanzado por sus padres.

Ninguno	Secundaria (bachillerato) incompleta	Educación profesional incompleta
Primaria incompleta	Secundaria (bachillerato) completa	Educación profesional completa
Primaria completa	Educación técnica o tecnológica incompleta	Postgrado
	Educación técnica o tecnológica completa	No sabe

¿Cuál es actualmente la ocupación de sus padres (o cual fue la última, si fallecieron)? Por favor, lea todas las opciones antes de responder.

	Padre	Madre		Padre	Madre
Empresario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pequeño empresario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleado con cargo como director o gerente general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Empleado de nivel directivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleado de nivel técnico o profesional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Empleado de nivel auxiliar o administrativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleado obrero u operario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Profesional Independiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajador por cuenta propia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensionado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otra actividad u ocupación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Estrato socioeconómico de su vivienda según recibo de energía eléctrica* (1,2,3,4,5,6):

En total, ¿en cuántos cuartos duermen las personas de su hogar? * (1,2,3,4,5,6, 7,8,9,10 o mas):

Nivel de SISBEN en el que está clasificada su familia *(TABLA 8):

¿Cuál es el material de los pisos que predomina en su vivienda? *(TABLA 9):

TABLA 8 Nivel de SISBEN.
Nivel 1 ; Nivel 2 ; Nivel 3 ;
Está clasificada en otro nivel del SISBEN ;ó
No está clasificada por el SISBEN

TABLA 9 Material de los pisos de su hogar.
Tierra-Arena
Cemento-Gravilla-Ladrillo
Madera burda-Tabla o Tablón
Madera pulida-Baldosa-Tableta-Mármol-Alfombra

¿Cuántas personas conforman el hogar donde vive actualmente, incluido usted? *(1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12 o mas):

¿Con cuáles servicios públicos cuenta su hogar?*

	No	Si		No	Si
Teléfono fijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teléfono celular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicio o conexión a internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Servicio cerrado de televisión (cable satelital o parabólica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Cuáles de los siguientes bienes posee su hogar?*

	No	Si		No	Si
Computador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reproductor de DVD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Máquina Lavadora de Ropa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Horno Microondas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nevera o enfriador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Automóvil particular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Horno eléctrico o a gas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Datos Familiares (Cont.)

¿Cuál es el total de ingresos mensuales de su hogar, en términos de salarios mínimos (SM)? Actualmente, el salario mínimo legal vigente equivale a \$616.027 *(TABLA 10):

¿Trabaja usted actualmente?*

No Si

En caso afirmativo, ¿Cuántas horas trabaja?
(Menos de 20 horas a la semana o 20 horas o más a la semana)

¿Usted recibe algún pago o salario por trabajar?

No Si

TABLA 10 Nivel de ingresos del hogar.

Menos de 1 SM

Entre 1 y Menos de 2 SM

Entre 2 y Menos de 3 SM

Entre 3 y Menos de 5 SM

Entre 5 y Menos de 7 SM

Entre 7 y Menos de 10 SM

10 o más SM

Antecedentes escolares Diligencie esta información ÚNICAMENTE EN EL CASO DE QUE LE SEA SOLICITADO POR SU INSTITUCIÓN.

¿Cuántos años de educación preescolar cursó?*:

¿En qué año terminó y aprobó el 5° grado de primaria?*:

¿En qué año se matriculó por primera vez en el 1° grado de primaria? *:

¿En qué año se matriculó por primera vez en el 6° grado?*:

¿Qué grados de primaria o secundaria reprobó (perdió) o tuvo que repetir?

	No	Si		No	Si
Primero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Segundo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tercero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuarto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quinto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sexto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Séptimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Octavo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noveno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Decimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Once o mas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

¿Cuántos años lleva estudiando en el colegio actual?*:

¿En cuántos colegios o establecimientos educativos diferentes estudió la primaria y secundaria?*:

¿Alguna vez tuvo que retirarse del colegio (suspender estudio)? *(Ver TABLA 11):

En caso de haber tenido que suspender sus estudios alguna vez, ¿Cuál fue la razón principal por la que tuvo que retirarse o suspender sus estudios? *(Ver TABLA 12):

¿Cuántos alumnos hay en total en su curso (salón) ?*:

TABLA 11 Período de suspensión de estudios.

NO

SI, menos de un año escolar

SI, 1 año escolar

SI, 2 años escolares o más

TABLA 12 Motivo de suspensión de estudios.

Por falta de cupo

Por falta de colegio cerca de la casa

Por razones económicas

Por enfermedad

Por falta de interés en estudiar

Por dificultades académicas

Por dificultades en el colegio con compañeros

Por dificultades en el colegio con docentes o directivos

Por otra razón

Plan de estudio de educación superior

¿Qué tipo de carrera desea estudiar cuando obtenga el título de bachiller?*:

TABLA 13 Tipo de carrera que desea estudiar cuando obtenga el título de Bachiller.

Técnica
Tecnológica
Profesional
Ninguna

¿En cuál institución desea estudiar esa carrera?*

Departamento*:

Municipio *:

¿En cuál institución desea estudiar esa carrera?*

¿Cuáles son las principales razones por las que desea estudiar en esa institución?

	No	Si		No	Si
Por el prestigio de la institución	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El costo de la matrícula está a su alcance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por la ubicación y cercanía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Es la única que ofrece la carrera que desea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brinda mejores/mayores oportunidades de empleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amigos estudian en esa institución	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra razón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

¿Cuál programa académico desea estudiar? *:

¿Cuáles de las siguientes opciones influyeron en su elección de este programa académico?

	No	Si	No recibió, consultó o participó
La orientación vocacional/ profesional recibida en el colegio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La participación en uno de los talleres de encuentros juveniles del programa buscando carrera del Ministerio de Educación Nacional .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La información o guía buscado carrera contenida en el portal www.colombiaparende.edu.co o en otros portales institucionales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	No	Si	
Interés personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tradición familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Posibilidad de mejorar la posición social y/o económica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Influencia de amigos, padres o familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Expectativas sobre educación superior

¿Qué tan probable es que el próximo año ingrese a un programa de Educación Superior?*

TABLA 14 Tipo de carrera que desea estudiar cuando obtenga el título de Bachiller.

No voy a continuar estudiando

Es poco probable que ingrese a un programa de Educación Superior

Es probable que ingrese a un programa Educación Superior

Con toda seguridad voy a ingresar a un programa de Educación Superior

¿Cuál cree que va a ser su puntaje en las pruebas de SABER 11^o? *

	Muy Bajo (entre 0 y 30 puntos)	Bajo (Entre 30,01 puntos y 50 puntos)	Medio (Entre 50,01 puntos y 70,00 puntos)	Alto (Entre 70,01 puntos o más)
Matemáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lenguaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En cinco años, ¿Cuál cree usted que sería el valor de su ingreso mensual en pesos en cada una de las siguientes situaciones? *

	Entre 1 y 2 SMLV	Entre 3 y 4 SMLV	Entre 5 y 7 SMLV	Entre 8 y 10 SMLV	Más de 10 SMLV	Menos de 1 Salario Mínimo Legal Vigente (SMLV) (\$616.027pesos) confirmar SMLV 2014
Termina el bachillerato y no realiza ninguna otra clase de estudios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realiza estudios técnicos o tecnológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingresa a una universidad y termina una carrera profesional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formato de solicitud de asistencia en el examen por condición de discapacidad.

La discapacidad hace referencia a deficiencias o alteraciones en las funciones y/o estructuras corporales, limitaciones en las actividades que puede realizar una persona de su edad y contexto, así como restricciones en la participación en los espacios de la vida cotidiana. Más información en el Decreto No 366 de febrero 9 de 2009 del Ministerio de Educación Nacional.

Si usted tiene alguna discapacidad física (motriz) y/o sensorial (visión, audición), por favor indíquela para que pueda recibir condiciones especiales el día de presentación del examen. **Si no tiene discapacidad, o si NO requiere de apoyo como: Lectura del examen, Manejar el cuadernillo o Marcar la hoja de respuesta, no diligencie este formato.**

Tipo de documento *(Ver Tabla 1): <input type="text"/>	Número documento de identidad *: <input type="text"/>
País *(País expedición del documento de identidad): <input type="text"/>	TABLA 1 Tipos de documento de identidad. Cédula de ciudadanía ; cédula de extranjería ; tarjeta de identidad; contraseña; registraduría; pasaporte colombiano; pasaporte extranjero

Información de Discapacidad

Discapacidad	Preguntas	Si	No
Motriz	1. ¿El inscrito es una persona con discapacidad motriz?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1.1. ¿El inscrito necesita apoyo para maniobrar el material?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1.2. ¿El inscrito necesita apoyo para movilizarse dentro del sitio?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	A continuación describa de forma detallada la discapacidad y especifique si es temporal o permanente *:		
Invidente	2. ¿El inscrito es una persona invidente?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.1. ¿El inscrito necesita un lector de apoyo?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	A continuación describa de forma detallada la discapacidad*:		
Sordo	3. ¿El inscrito es una persona sorda?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3.1. ¿El inscrito requiere interprete de señas?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Describe a continuación de forma detallada la discapacidad *:		
Cognitivo	4. ¿El inscrito es una persona con discapacidad cognitiva?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4.1. ¿El inscrito tiene Síndrome de Down?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4.2. ¿El inscrito tiene Autismo?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4.3. ¿El inscrito requiere apoyo para la presentación del examen?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	A continuación describa de forma detallada la discapacidad*:		
--	--	--	--