Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

# FORMATO DE DATOS BÁSICOS

Señor contratista, el presente documento corresponde al formato de datos básicos para la prestación del servicio público educativo, el cual se debe diligenciar de forma integral.

| | | | |
|---|---|---|---|
| **1** | PARA LA VIGENCIA 2024 SUSCRIBIÓ CONTRATO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO PÚBLICO EDUCATIVO CON LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DE MEDELLÍN | SI | X | NO | |

## I. INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE

| | | |
|---|---|---|
| **2** | NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA JURÍDICA | ORDEN DE LA COMPAÑÍA DE MARIA NUESTRA SEÑORA |
| **3** | NIT DE LA PERSONA JURÍDICA | 890.902.401-0 |
| **4** | NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL | BEATRIZ ACOSTA MESA |
| **5** | C.C. DEL REPRESENTANTE LEGAL | 2 |
| **6** | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | CALLE 9 SUR # 37 – 345 BARRIO EL POBLADO – LOMA DE LOS BALSOS |
| **7** | TELÉFONO FIJO | 604-3211166 |
| **8** | TELÉFONO CELULAR | 3146072718 |
| **9** | CORREO ELECTRÓNICO | martha.castrillon@cdm.edu.co |
| **10** | PERSONA SIN ÁNIMO DE LUCRO | Entidad Privada ☐<br>Entidad Oficial ☐<br>Caja de Compensación Familiar ☐<br>Fundación ☐<br>Corporación ☐<br>Asociación ☐<br>Cooperativa ☐<br>Otra X<br><br>Cuál? Entidad Religiosa |

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| **11** | PERSONA CON ÁNIMO DE LUCRO | Sociedad Limitada ☐<br>Empresa Unipersonal ☐<br>Sociedad Anónima ☐<br>Sociedad Comandita por Acciones ☐<br>Sociedad por Acciones Simplificada ☐<br>Otra ☐<br>Cuál? |

## II. INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO OFICIAL

| | | |
|---|---|---|
| **12** | CÓDIGO DANE | **305001007594** |
| **13** | NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO NO OFICIAL A TRAVÉS DEL CUAL SE PRESTARÁ EL SERVICIO<br>(De acuerdo con la Licencia de Funcionamiento Vigente) | **INSTITUCIÓN EDUCATIVA SANTA JUANA DE LESTONNAC** |
| **14** | COMUNA | **6** |
| **15** | BARRIO | **EL PEDEGRAL** |
| **16** | DIRECCION | **CARRERA 76 A # 103 C 43** |
| **17** | TELÉFONO FIJO | **604-4480496 y 4712078** |
| **18** | TELEFONO CELULAR | **316-8315749** |
| **19** | CORREO ELECTRÓNICO | **martha.castrillon@cdm.edu.co,lucero.machado@cdm.edu.co, mary.guevara@cdm.edu.co** |
| **20** | ¿EN CUANTAS SEDES OFRECE PRESTAR EL SERVICIO EDUCATIVO?<br>(De acuerdo con el formato de sedes de atención) | No. de sedes 1 |
| **21** | La(s) sede(s) donde se prestará el servicio educativo es (son ) utilizada(s) para la prestación de servicios diferentes al de Cobertura Educativa, especificar. | **No. De sedes** ☐ |

| | | |
|---|---|---|
| **22** | JORNADA DE LA OFERTA EDUCATIVA | **Mañana** X<br>**Tarde** X<br>**Completa:** ☐<br>**Sabatina** ☐<br>**Dominical** ☐ |
| **23** | GRADOS Y/O CLEI OFERTADOS<br><br>(Solo podrá ofertar los grados y/o CLEI que estén aprobados en la Licencia de Funcionamiento)<br><br>Relacionar frente a cada grado y/o CLEI la cantidad de cupos ofertados, número y fecha de autorización de la Licencia de Funcionamiento. | GRADO / No. DE CUPOS OFERTADOS / LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO<br>**RESOLUCIÓN 16232 (27/Noviembre/2002)**<br>Transición 90<br>1° 128<br>2° 125<br>3° 125<br>4° 125<br>5° 125<br>6° 114<br>7° 114<br>8° 114<br>9° 114<br>10° 85<br>11° 84 |
| **16** | CLASIFICACIÓN POR RÉGIMEN | Regulado ☐<br>Vigilado ☐<br>Controlado ☐ |

En calidad del Representante Legal, manifiesto que la información relacionada es correcta para ofertar la prestación del servicio educativo.

**Firma del Representante Legal**

**Nombre: BEATRIZ ACOSTA MESA**

**Documento de Identidad: CC 32.472.939**