



**GOBERNACION DEL TOLIMA**  
**Secretaría de Educación y Cultura**  
**ACTUALIZACION DE DATOS**

|                                         |                             |                      |                                                                         |
|-----------------------------------------|-----------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Nombre Completo:                        |                             |                      |                                                                         |
| IE:                                     |                             |                      |                                                                         |
| Sede:                                   |                             |                      |                                                                         |
| Municipio:                              |                             |                      |                                                                         |
| Cargo:                                  |                             |                      |                                                                         |
| No de Cedula:                           |                             | Lugar de Expedicion: |                                                                         |
| Fecha de Expedición de la cedula:       | ____/____/____ (DD/MM/AAAA) |                      |                                                                         |
| Fecha de Nacimiento:                    | ____/____/____ (DD/MM/AAAA) |                      |                                                                         |
| Lugar de Nacimiento:                    |                             |                      |                                                                         |
| Dirección de Residencia:                |                             |                      |                                                                         |
| Ciudad de Residencia:                   |                             |                      |                                                                         |
| Telefono Fijo:                          |                             | Telefono Movil:      |                                                                         |
| Profesion:                              |                             |                      |                                                                         |
| Estado Civil:                           |                             |                      |                                                                         |
| Grupo Sanguineo:                        |                             | Etnia:               |                                                                         |
| Nivel de Educacion:                     |                             |                      |                                                                         |
| Correo Elect. Personal:                 |                             |                      |                                                                         |
| Correo Electronico Institucional:       | (opcional)                  |                      |                                                                         |
| Tipo de discapacidad:<br>Marque con (x) | Sin Discapacidad            |                      | Fecha de inicio<br>de la<br>discapacidad<br>____/____/____ (DD/MM/AAAA) |
|                                         | Auditiva                    |                      |                                                                         |
|                                         | Fisica                      |                      |                                                                         |
|                                         | Mental/Psiquica             |                      |                                                                         |
|                                         | Sordo/ceguera               |                      |                                                                         |
|                                         | Visual                      |                      |                                                                         |
| No. Libreta Militar:                    |                             | Clase LM:            |                                                                         |
|                                         |                             | Distrito:            |                                                                         |
| <b>Firma</b> _____                      |                             |                      |                                                                         |
| Observaciones:                          |                             |                      |                                                                         |