

# COLEGIO CORAZONISTA MEDELLÍN

Este INSTRUCTIVO es con el fin de ayudar a los padres de familia para que puedan **pagar en línea**, los servicios educativos relacionados con la MATRÍCULA del próximo año escolar **2024**. No podrá pagar en línea si hay deudas pendientes.

- Los papás de <u>estudiantes nuevos</u> podrán pagar en línea a partir del 25 de noviembre de 2023.
- Los papás de <u>estudiantes antiguos</u> podrán pagar en línea a partir del 29 de noviembre de 2023.

## Disponga de 10 minutos aproximadamente y no omita ningún paso.

Será necesario realizar un proceso de **Actualización** de datos familiares, económicos y médicos. Por esto, tenga a la mano la carta de vacunación de su hijo(a) y algunos datos sobre enfermedades padecidas.

En este instructivo encontrará en las ventanas, mensajes escritos que alertan o indican cómo proceder.

Usaremos cuadros rojos sobre las imágenes para que encuentre fácil el acceso.

### 1. Ingresar a la página web institucional

Localice el menú "Notas y pagos" y haga clic sobre éste. Será direccionado a School Web, que es la plataforma que usamos para esto.



2. Ingrese con su número de documento como usuario y la contraseña que siempre ha manejado para el ingreso a School Web. Recuerde escribir la palabra de la imagen (siempre en minúscula). Sinunca ha ingresado al sistema (padres nuevos en 2024), digite **1234** en el campo contraseña para ingresar (tendrá que asignar una clave cuya condición única es que sea de 10 caracteres o más). No olvide que <u>sólo PADRES Y MADRES</u>, pueden realizar matrícula. Una vez llenos los campos, haga clic en "ACEPTAR".



3. Dé clic en el módulo "Matrículas". Posteriormente seleccione el nombre de su hijo(a), a quien se aplicará la actualización de datos y el pago en línea. (Deberá hacer el mismo proceso si tiene más hijos en el colegio).



Estudiante:	PRU	JEBA PRUEBA PRUEB	3A PRUEBA	~
Código:	0124	5		
Grupo:				
Matricul	as	Doc. Matriculas	Pago Matriculas	Adjuntar Docs.

- 4. Podrá visualizar el cuadro con espacios según el tipo de datos (*resaltados de color naranja*): "Información básica del estudiante", "Información familiar", "Información básica del padre", "Información laboral", "Información básica de la madre", "Información laboral", "Información acudiente" (distinto de padre y madre) y finalmente, "Información responsable".
  - a) Actualización de Dirección: este es un campo que se rellena y no se escribe. Proceda de la siguiente forma, en los sitios donde se requiera. Dé clic en el botón que se muestra en la imagen.

F. de Nacimiento:		Años cumplidos:	и	
Lugar de Nacimiento:	Bogotá	Seno:	Femenino 🛩	
Dirección:	CL 57 21 24 AP 204	Barrio localidad:		

Visualizará la siguiente ventana:

Sheccion completa.						Bor	rar
	Asistente	Para el ingreso o	le la Dirección I	Parte Princ	pal		
)iligencie los campos req n blanco. Vava verificano	ueridos que . lo en el recus	identifiquen la dire adro superior "Dire	ección actual; los eccion Completa	s campos qu " su direcció	e no requ	iiera los pue	de dejar
Seleccione			v #	0		0	~
		(					
Asistente F	<sup>o</sup> ara el ingre	so de la Direcció	n Parte Comple	ementaria (l	Ej. INT 2	AP 505)	
Seleccione el tipo en la lis	sta desplegat	ble inferior, escribe	a en el recuadro	el detalle y	oulse el b	otón "Adicio	nar".
Repita este proceso hasta superior "Dirección Compl	tener toda la leta" su direce	a parte complemei ción).	ntaria de la direc	ción y vaya	venticano	do en el recu	iadro
Seleccione						Adicio	onar
Unicologia +							

Siga las instrucciones del Asistente. Debe realizar el mismo procedimiento en los sitios donde se requiera y si tiene más hijos en la institución.

#### b) Actualización de correo electrónico institucional.

En el campo Email del estudiante, escribir el correo institucional. Si el estudiante no tiene aún correo institucional, coloque el correo personal.

Información Básica de	Estudiante			
Código del Alumno:	30166		Documento del Alumno:	1025322872
Tipo de Documento:	TI.		Documento expedido en:	Bogotà
Primer Apellido:			Segundo Apellido:	RODRIGUEZ
Primer Nombre:			Segundo Nombre:	200
F. de Nacimiento:	0.10/16		Años cumplidos:	14
Lugar de Nacimiento:	Bogeta		Sexo:	Femerino 🛩
Dirección: 😜	CL 57 21 24 AP 204		Barrio localidad:	
Edificio, Apto:				
E-mail:	Ecardenasmi@can corazonistas edu co		Celular:	3114496932
Religión:	Católica	2 K	Grupo Sanguineo:	0 v Positivo v
E.P.S.:	SANITAS	Υ.	Otra:	
Estrato:	99 🗸			

c) Actualización número celular.

Por favor en todos los campos donde está Celular, actualizar los números. Serán fundamentales para ponernos en contacto con Ud. Si el campo a actualizar es número telefónico fijo, actualice, según la nueva marcación, que para Medellín es 604 + número fijo.

5. Actualización de datos del responsable económico.

El responsable económico será aquella persona encargada de los pagos en la institución.

Para realizar el proceso debe dar clic en el botón seleccionar del responsable económico.



Actualice los datos solicitados en pantalla que se visualiza y dé clic en el botón "Aceptar".

Importante: Este responsable económico será para el año 2024 y será la persona reportada ante la DIAN por todo el año lectivo.

#### 6. Aceptación de datos.

Para finalizar el proceso de actualización de datos, dé clic en el botón, como se muestra en la imagen y pase a la siguiente ventana dando clic en el botón "Siguiente". Si los datos no están completos no le permitirá pasar a la siguiente ventana; el sistema le indicará el nombre del campo y la palabra "nulo".

Serial Msje1 : Acepta que los datos ingresados son correctos y se encuentran actualizados para la expedición de los documentos institucionales
si no se encuentran actualizados los campos obligatorios como Dirección, celular, correo electrónico y confirmación del correo el estema dobe obligar al usuario a actualizarlos e indicarle cual es el campo que hace falta.
ZAcepto
Signiente

#### 7. PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL: Ficha de salud.

Complete los datos correspondientes a la ficha de salud. Responda las preguntas que se encuentran en ella con un "sí" o un "no" y si tiene alguna observación por favor diligenciarla.

Nombre estudi	iante: OSI	PINA CORREA SARA	A Contraction of the second se					
DATOS DEL M	ÉDICO DEL	ESTUDIANTE						
Nombre:	EPS Sura					1		
Teléfono Fijo:		6042055593	Teléfono Celular:	3174301138				
	12							
Sura Lee Melie	C	LINICA DE REFERE	NCIA EN CASO DE EMER	GENCIA (I.P.S.)		-		
Dirección de la	Clínicos	Cantro comornial Los	Malinoa					
infección de la	a clínica:	Centro comerciar Los	WOIITIOS					
eletonos de la	a Clinica:							
P3-PREPAG	SADA:							
FORMACIÓN								
FURMACIUM	DE SALUE	):						
El niño ó la	DE SALUE	): enta alguna condicio	ón física, impedimento y/o	o deficiencia que lo	pueda limita	ar para	el desarrollo de sus activio	dades escolares?
. ¿El niño ó la No ❤	DE SALUE a niña prese Especifiq	): enta alguna condicio ue: Seleccione	ón física, impedimento y/c	o deficiencia que lo	pueda limita	ar para	el desarrollo de sus activio	dades escolares?
. ¿El niño ó la No ♀ . ¿El niño ó la	DE SALUI a niña prese Especifio a niña ha si	): enta alguna condicio jue: Seleccione do intervenido(a) qu	ón física, impedimento y/c uirúrgicamente?	o deficiencia que lo	pueda limita	ar para	el desarrollo de sus activio Especifique:	dades escolares?
- <u>¿El niño ó la</u> No ✓ L ¿El niño ó la	DE SALUI a niña prese Especifiq a niña ha si a niña prese	): enta alguna condicio ue: Seleccione do intervenido(a) qu enta ó ha tenido algu	ón física, impedimento y/c iírúrgicamente? una dificultad de aprendiz	o deficiencia que lo zaje?	pueda limita Si No	ar para	el desarrollo de sus activio Especifique: Especifique:	dades escolares? Musculoesqueleticas ✓ Seleccione
I. ¿El niño ó la No ✓ 2. ¿El niño ó la L. ¿El niño ó la L. ¿El niño ó la	I DE SALUI a niña prese Especifio a niña ha si a niña prese a niña prese	): enta alguna condicio lue: Seleccione do intervenido(a) qu enta ó ha tenido algu enta alguna clase de	ón física, impedimento y/c uirúrgicamente? una dificultad de aprendiz a alergia?	o deficiencia que lo aje?	pueda limita Si No Si	ar para	el desarrollo de sus activio Especifique: Especifique: Especifique:	Indes escolares? Musculoesqueleticas V Seleccione Rinitis Alérgica V
I. <u>¿El niño ó la</u> No ✓ I. ¿El niño ó la L. ¿El niño ó la L. ¿El niño ó la Observacior	I DE SALUI a niña prese Especifio a niña ha si a niña prese a niña prese nes:	): enta alguna condicio que: Seleccione do intervenido(a) qu enta ó ha tenido algu enta alguna clase de	ón física, impedimento y/c uirúrgicamente? una dificultad de aprendiz e alergia?	o deficiencia que lo aje?	pueda limita Si No Si	v v v	el desarrollo de sus activio Especifique: Especifique: Especifique:	lades escolares? Musculoesqueleticas ✔ Seleccione Rinitis Alérgica ✔
I. <u>2EI niño ó la</u> No ✓ 2. 2EI niño ó la 3. 2EI niño ó la 4. 2EI niño ó la Observacion 5. 2EI niño ó la	I DE SALUI a niña prese Especifiq a niña ha si a niña prese a niña prese nes:	): enta alguna condició ue: Seleccione do intervenido(a) qu enta ó ha tenido algu enta alguna clase de prescrita por espec	ón física, impedimento y/o urirúrgicamente? una dificultad de aprendiz e alergia? cialista alguna restricción	o deficiencia que lo taje? alimenticia?	pueda limita Si No Si	ar para	el desarrollo de sus activio Especifique: Especifique: Especifique: Adjunte soporte médico	dades escolares? Musculoesqueleticas ✓ Seleccione Rinitis Alérgica ✓
. ¿El niño ó la No ¿El niño ó la ¿El niño ó la ¿El niño ó la Observacior ¿El niño ó la	I DE SALUI a niña prese Especifio a niña ha si a niña prese a niña prese nes: a niña tiene a niña tiene	): enta alguna condició ue: Seleccione do intervenido(a) qu enta ó ha tenido algu enta alguna clase de prescrita por espec alguna clase de co	ón física, impedimento y/o una dificultad de aprendiz e alergia? italista alguna restricción ntrol médico periódico?	o deficiencia que lo taje? alimenticia?	No No No Anual	ar para	el desarrollo de sus activio Especifique: Especifique: Especifique: Adjunte soporte médico Especifique:	dades escolares? Musculoesqueleticas v Seleccione Rinitis Alérgica v ó dietista. [Crecimiento y desarrollo
A CRANACION 2 El niño ó la 2 El niño ó la 2 El niño ó la 2 El niño ó la 2 El niño ó la 0 Bervacior 2 El niño ó la 2 El niño ó la	I DE SALUI a niña prese Especifiq a niña ha si a niña prese a niña prese nes: a niña tiene a niña tiene a niña recib	): enta alguna condició ue: Seleccione do intervenido(a) qu enta ó ha tenido alguna enta alguna clase de prescrita por espec alguna clase de coi e algún tipo de tera o rescrita por espec	ón física, impedimento y/c irirrgicamente? una dificultad de aprendiz a lergia? cilalista alguna restricción ntrol médico periódico? pia?	o deficiencia que lo aje? alimenticia?	No No No Anual No	v v v v	el desarrollo de sus activio Especifique: Especifique: Especifique: Adjunte soporte médico Especifique: Especifique:	tades escolares? Musculoesqueleticas ✓ Seleccione [Rinitis Alérgica ✓] 6 dietista. [Crecimiento y desarrollo ' Seleccione
. ¿El niño ó la     . ¿Se le pract	A DE SALUI a niña prese Especifio a niña ha si a niña prese a niña prese nes: a niña tiene a niña tiene a niña tiene a niña tiene	): enta alguna condició (ue: Seleccione do intervenido(a) qu enta ó ha tenido algu enta alguna clase de prescrita por espec alguna clase de co e algún tipo de teraj o ó la niña examen a	ón física, impedimento y/c uriurgicamente? una dificultad de aprendiz e alergia? ialísta alguna restricción ntrol médico periódico? pia? auditivo?	o deficiencia que lo taje? alimenticia?	No Si No Anual No Si	v v v v v	el desarrollo de sus activio Especifique: Especifique: Especifique: Adjunte soporte médico Especifique: Especifique: ¿Cuándo fue el último?	tades escolares? Musculoesqueleticas Seleccione Rinitis Alérgica ó dietista. Crecimiento y desarrollo Seleccione 15/12/19
LEI niño ó la	A DE SALUI a niña prese Especifio a niña ha si a niña prese a niña prese a niña tiene a niña tiene a niña tiene a niña tene bicó a él niñ espectivo s	): enta alguna condició ue: Seleccione do intervenido(a) qu enta ó ha tenido algu enta alguna clase de prescrita por espec alguna clase de co e algún tipo de tera o ó la niña examen o oporte	ón física, impedimento y/c iriúrgicamente? una dificultad de aprendiz e alergia? italista alguna restricción ntrol médico periódico? pia? auditivo?	o deficiencia que lo taje? alimenticia?	Si No Si No Anual No Si	v v v v v	el desarrollo de sus activio Especifique: Especifique: Especifique: Adjunte soporte médico Especifique: Especifique: ¿Cuándo fue el último?	dades escolares? Musculoesqueieticas V Seleccione Rinitis Alérgica V 6 dietista. Crecimiento y desarrollo Seleccione 15/12/19
. ¿El niño ó la . ¿El niño ó la . ¿El niño ó la . ¿El niño ó la Observacion . ¿El niño ó la . ¿Se le pract	I DE SALUI a niña prese Especifiq a niña ha si a niña prese a niña prese a niña tiene a niña niña tie	b: enta alguna condiciá use: Seleccione do intervenido(a) que enta ó ha tenido alguna enta alguna clase de prescrita por espec alguna clase de coi e algún tipo de tera o ó la niña examen a oporte o ó la niña examen n	ón física, impedimento y/c iritrigicamente? una dificultad de aprendiz alergía? eitalista alguna restricción ritrol médico periódico? pia? auditivo? de optometría?	o deficiencia que lo zaje? alimenticia?	No No Si No Anual No Si	ar para	el desarrollo de sus activio Especifique: Especifique: Especifique: Adjunte soporte médico Especifique: ¿Cuándo fue el último? ¿Cuándo fue el último?	dades escolares? Musculoesqueleticas ✓ Seleccione Rinitis Alérgica ✓ Ó dietista. Crecimiento y desarrollo · Seleccione 15/12/19 01/07/20
. ¿El niño ó la . ¿El niño ó la	A DE SALUI a niña prese Especifiq a niña ha si a niña prese a niña prese a niña tiene a niña tie	): enta alguna condició ue: Seleccione do intervenido(a) que enta ó ha tenido algun prescrita por espec alguna clase de prescrita por espec alguna clase de co e algún tipo de tera, o ó la niña examen i oporte	ón física, impedimento y/c irúrgicamente? una dificultad eaprentiz e alergia? italista alguna restricción ntrol médico periódico? pia? auditivo? de optometría?	o deficiencia que lo raje? alimenticia?	Si No Si No Anual No Si Si	ar para	el desarrollo de sus activio Especifique: Especifique: Especifique: Especifique: Especifique: ¿Cuándo fue el último?	dades escolares? Musculoesqueieticas ↓ Seleccione Rinitis Alérgica ↓ 6 dietista. Crecimiento y desarrollo · Seleccione 15/12/19 ↓ 01/07/20 ↓
. ¿El niño ó la . ¿Se le pract Adjunte el ra 0. ¿Autoriza a	A DE SALUI a niña prese Especifiq a niña ha sia a niña ha sia a niña tenes a niña tiene a nina tiene a niña tiene a niña tiene a niña tiene a niña t	): enta alguna condició ue: Seleccione do intervenido(a) qui enta á ha tenido alguna enta alguna clase de prescrita por espec alguna clase de co e algún tipo de tera o ó la niña examen i oporte o ó la niña examen i oporte Médico la administra	ón física, impedimento y/c iriúrgicamente? una dificultad de aprendiz e alergía? italista alguna restricción ntrol médico periódico? pia? auditivo? de optometría? ación de me <u>dicamentos d</u>	o deficiencia que lo raje? alimenticia? e usos básico en la	Si No Si No Anual No Si Si Si atención pr	ar para	el desarrollo de sus activio Especifique: Especifique: Especifique: Especifique: Especifique: ¿Cuándo fue el último? ¿Cuándo fue el último? (analgésicos, antiácidos, a	dades escolares? Musculoesqueieticas V Seleccione Rinitis Alérgica V 6 dietista. Crecimiento y desarrollo Seleccione 15/12/19 01/07/20 mtidiarreicos, antiinflamato

Finalice dando clic en el botón Siguiente, ubicado al final de la ficha.

Continúe en la página siguiente...

8. Antecedentes de salud y cuadro de vacunas.

En esta pantalla por favor indicar con un "sí" o con un "no" los antecedentes y luego dé clic en el botón **Siguiente**.

INTECEDENTES DE SALUD Conteste si ó no él(a) niño(a	) ha tenido:	CUADRO DE VACUNAS	
Sarampión		BCG	No 🗸
		DPT	No 🗸
Rubeola	No 🗸	POLIO	No 🗸
		Hepatitis A 2da Dosis	No 🗸
D	No. N.	Hepatitis A 3era Dosis	No 🗸
Papoddios	140 •	Hepatitis B 1era Dosis	No 🗸
No. 2		Hepatitis B 2da Dosis	No 🗸
Tosferina	No 🗸	Hepatitis B 3era Dosis	No 🗸
		Hepatitis C 1era Dosis	No 🗸
	No. No.	RUBEOLA	No 🗸
Varicela	140 🗢	Hepatitis C 3era Dosis	No 🗸
		Triple Viral	No 🗸
Fiebre Escarlatina	No 🗸	Polio	No 🗸
		Gripa	No 🗸
		Sarampion 1era Dosis	No 🗸
Difteria	No 🗸	Sarampion 3era Dosis	No 🗸
		INFLUENZA	No 🗸
Paludismo	No 🗸	FIEBRE AMARILLA	No 🗸

#### 9. Asignación servicios opcionales del estudiante.

En esta pantalla puede seleccionar los servicios opcionales para realizar el pago en línea. No deje ningún campo vacío; el servicio opcional que NO toma deberá seleccionarlo con "No"; y el servicio opcional que tome deberá marcarlo con "Si".

Nombre del Servicio	Periodo Valor Co	brado	
TRICULA SEGUNDO 2021	2021 5	500.000	
Nombre del Servicio	Valor del Servici	o Toma el	Servicio
Nombre del Servicio	Valor del Servici	o Toma el	Servicio
Nombre del Servicio JEBA JENNIFER SURO ESCOLAR 2021	Valor del Servici 492.5 42.0	o Toma el	Servicio

El Seguro de accidentes por valor de \$36.400 es **exclusivo** para estudiantes de la **Jornada de la TARDE**. Por ello:

- Si es padre de estudiante de la Jornada Tarde, elija "Sí" en el seguro de \$36.400 y elija "No" en el seguro de \$65.000.
- Si es padre de estudiante de la Jornada Mañana, elija "Sí" en el seguro de \$65.000 y elija "No" en el seguro de \$36.400.

Para continuar con el proceso dé clic en el botón Siguiente.

#### 10. Visualización mensaje de Instrucciones.

Pantalla final corazon	ista
Información del Estudiant	e
Código: Nombre:	
En este punto se ha te DEL SEGURO DE AC "No" el seguro de \$31. seguro de \$54.000 SI Si eligió correctamente el servicio opcional ele	rminado la actualización de la información para el año 2022. CIDENTES: Los padres con hijos en la jornada de la MAÑANA, debieron elegir con "Sí" el seguro de \$54.000 y elegir con 000. Los padres con hijos en la jornada de la TARDE, debieron elegir con "Sí" el seguro de \$31.000 y elegir con "No" el ESTO NO FUE ASÍ, por favor hacer clic en "Regresar" y hacer la corrección. e el Seguro de Accidentes, podrá hacer clic en el botón ACEPTAR. Deberá esperar 3 minutos para que se incluya en el pago sido por Ud.
Hasta aquí, ud. podría ACEPTAR y espera a minutos. Podrá ir al bo Regresar	devolverse para hacer cambios. Luego de hacer clic en "ACEPTAR" no podrá hacerlos. Si está seguro, haga clic en que aparezca el mensaje "Los documentos de matrícula se han guardado correctamente". Acepte el mensaje y espere 2 tón PAGO MATRICULAS, en esta ventana, para pagar en línea. Aceptar

En esta opción podrá visualizar el mensaje de los pasos a seguir. Léalos atentamente por favor; <u>finalizado este paso no habrá posibilidad de devolverse para correcciones</u>. Se destaca la espera de 1 minuto para que los servicios opcionales elegidos, queden dentro del sistema de pago en línea.

Haga clic en "Aceptar" y cierre el cuadro de diálogo "Pantalla final".

Mensaje	X
Los documentos de matricula se han generado correctamente	

 a) Realice el pago de la matrícula y de los servicios opcionales.
Para realizar el pago de la matrícula y de los servicios opcionales seleccionados, dé clic en el botón Pago Matrículas.

SCH00	LPACK WI	EB> \$	
Matricula	5		
	Estudiante: Código: Grupo:		
	Matriculas	Doc. Matriculas	Pago Matriculas

b) Realice el pago en línea de la matrícula y de los servicios opcionales, haciendo clic en el botón "Realizar pago". Podrá pagar con cuenta bancaria corriente o de ahorros, a través de PSE o también con Tarjeta de crédito Visa o Mastercard.

		_	_	_			
Código	Servicio	Año	Mes	F. UIL Pago	Interèses	Saldo	A pagar
82	MATRICULA GRADO 1º - 2020	2020	Noviembre	11	0,00	492.538,00	0,00
194	SEGURO ESCOLAR 2021	2020	Noviembre	11	0,00	42.000,00	0.00

<u>Recomendación</u>. Imprima o tome foto con su celular, a los documentos que se generan en este proceso de pago. TODOS LOS PADRES deberán presentar o mostrar estos documentos, el día de la matrícula presencial.

Una vez hecho el pago, no podrá realizar correcciones ni repetir el proceso.

## **¡GRACIAS POR SU TIEMPO!**