



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA DEFENSA
VICEMINISTERIO DE EDUCACIÓN PARA LA DEFENSA
UNIVERSIDAD MILITAR BOLIVARIANA DE VENEZUELA
RECTORADO

INSTRUCTIVO PARA LA CONFORMACIÓN Y ENTREGA DE DOCUMENTOS DEL PROCESO DE PREINSCRIPCIÓN DE BACHILLERES ASPIRANTES A CADETES PERIODO 2017 – 2018

1. Los documentos que se mencionan en el índice deben ser ordenados como se y consignados en una carpeta marrón tamaño oficio con su respectivo gancho.
1. No se recibirán documentos sueltos dentro de los expedientes.
2. La etiqueta de identificación de la carpeta es la siguiente, debe llenarse, cortada y pegada en la parte frontal.

PROCESO DE BACHILLERES ASPIRANTES A CADETES 2017-2018		
Apellidos:		
Nombres:		
C.I:		
Teléfono:		
Dirección:	Municipio:	Estado:

4. Los formatos anexos al presente instructivo deberán ser impresos, llenados y no deberán ser modificados bajo ningún concepto.
5. No se recibirán expedientes incompletos, ni cuyos documentos presenten enmiendas o tachaduras.
6. Las fotos deberán ser anexadas en un sobre.
7. Al aspirante se le entregará un número de matrícula la cual deberá conservar debido a que el mismo será su identificación durante el proceso.
8. Igualmente, se le asignará una fecha de presentación para cumplir con la fase de preselección que se realizará en la sedes de las Academias Militares a través de la aplicación de pruebas de conocimiento en materia de matemática, castellano, física, química e inglés. También será aplicada una prueba psicológica. Los resultados del personal que aprobó la 1ra fase y que pasó a la fase de selección serán publicadas en la página web www.umbv.edu.ve.
9. El horario para la consignación de carpetas en los departamentos de Admisión es de lunes a jueves de 08:00 am a 12:00 y de 1:00 a 4:00 pm.

ÍNDICE

PROCESO DE PREINSCRIPCIÓN DE BACHILLERES ASPIRANTES A CADETES PERIODO 2017 – 2018

N°	DOCUMENTOS	OBSERVACIONES
1.	Hoja de datos Personales (Anexo 1)	
2.	Encuesta socio económica (Anexo 2)	
3.	Cédula de Identidad del aspirante ampliada al 50% (copia)	
4.	Partida de nacimiento o datos filiatorios del aspirante (copia)	
5.	Partida de nacimiento de los padres o datos filiatorios; en caso de estar fallecidos acta de defunción (copia)	
6.	Si es bachiller: notas certificadas del 1° al 5° año indicando promedio (copia)	
7.	Título en fondo negro	
8.	Si está cursando el último año: notas certificadas del 1° al 4° año indicando promedio (copia)	
9.	Constancia de estudio (original)	
10.	Inscripción en el CNU – OPSUS (copia)	
11.	Inscripción militar si es mayor de edad (copia)	
12.	Dos (02) fotos carnet fondo blanco	

Entregó Conforme:

Recibió Conforme:

Firma
Nombre y Apellidos

Firma
Nombre y Apellidos

C.I:

C.I:

(Anexo: 1)

HOJA DE DATOS

1. DATOS PERSONALES		
PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:
PRIMER NOMBRE:		SEGUNDO NOMBRE:
CÉDULA DE IDENTIDAD:	EDAD:	FECHA DE NACIMIENTO:
DIRECCIÓN DE HABITACIÓN:		
TELÉFONOS:		TIPO DE SANGRE:
CORREO ELECTRONICO:		BACHILLER EN:
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PADRE:		CÉDULA DE IDENTIDAD:
		VENEZOLANO:
		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE:		CÉDULA DE IDENTIDAD:
		VENEZOLANO:
		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2. TALLAS		
PANTALÓN	CAMISA	ZAPATOS
3. DEPORTE QUE PRÁCTICA		

FIRMA

(Anexo 2)

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA MINISTERIO
DEL PODER POPULAR PARA LA DEFENSA
VICEMINISTERIO DE EDUCACIÓN PARA LA DEFENSA
UNIVERSIDAD MILITAR BOLIVARIANA DE VENEZUELA
RECTORADO

ENCUESTA SOCIO – ECONÓMICA

ASPIRANTE A CADETE

Este es un instrumento mediante el cual pretendemos obtener una serie de datos relativos a diferentes aspectos de su persona, que resultan importantes para conformar el expediente que cada uno de los miembros de la Fuerza Armada Nacional Bolivariana debe tener en la unidad donde se esté desempeñando. Los aspectos a indagar se refieren al ambiente familiar y social, situación económica, actividades académicas realizadas y en general sus características personales.

Agradecemos su colaboración al brindarnos una información totalmente veraz, respondiendo todas las preguntas y procurando ser sincero, ya que nuestro objetivo es conocerlo mejor, haciéndole la salvedad que en caso de ser seleccionado se comprobará la veracidad de la información y en caso de ser falsa o adulterada será causal suficiente para suspenderlo de la carrera militar sea cual sea la condición en la que se encuentre.

Esta encuesta tiene carácter CONFIDENCIAL y sólo tendrá acceso a ella el personal encargado del proceso de captación y selección de las Academias Militares Bolivarianas.

¡¡¡MUCHAS GRACIAS!!!

IDENTIFICACIÓN PERSONAL			
1. Apellidos y Nombres:			
2. Edad:		3. Cédula de Identidad:	
4. Religión:			
5. Lugar y Fecha de Nacimiento:			
6. Dirección de habitación:			
7. Teléfonos:			
ÁREA FAMILIAR			
Padre			
1. Apellidos y Nombres:			
2. Edad:		3. ¿Vive? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	4. Religión:
5. Lugar y Fecha de Nacimiento:			
6. Dirección de habitación:			
7. Estado Civil:			
Soltero:		Casado:	
Divorciado:		Viudo:	
8. Grado de Instrucción			
Primaria:		Secundaria:	
Superior:		No conoce:	
9. Profesión u Oficio:		10. Ingreso mensual:	
11. Lugar y dirección de trabajo:			
Madre			
1. Apellidos y Nombres:			
2. Edad:		3. ¿Vive? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	4. Religión:
5. Lugar y Fecha de Nacimiento:			

6. Dirección de habitación:								
7. Estado Civil:								
Soltera:		Casada:		Divorciada:		Viuda:		
8. Grado de Instrucción								
Primaria:		Secundaria:		Superior:		No conoce:		
9. Profesión u Oficio:					10. Ingreso mensual:			
11. Lugar y dirección de trabajo:								
HERMANOS Y OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE RESIDAN EN EL HOGAR								
Apellido y nombre		Parentesco	Edad	Estado civil	Ocupación			
FÍSICO AMBIENTAL								
1. ¿En qué sitio se encuentra ubicada la vivienda donde usted reside?								
Urbanización:		Barrio:		Pueblo:		Caserío:		
Otro:								
2. Señale con cuáles servicios públicos cuenta la comunidad donde usted reside								
Agua:		Luz:		Cloacas:		Aseo Urbano:		
Teléfono:		Internet:		Institutos Educativos:		Servicios médicos:		
Áreas recreativas:		Televisión por cable:						
3. Señale el tipo de vivienda en la que habita:								
Casa		Quinta		Apto.		Rancho		
Residencia		Otro						

4. ¿Cuál es la tenencia de la vivienda?												
Propia:		Alquilada:		Prestada:		Hipotecada:		Opción a compra:		Otro:		
ÁREA ECONÓMICA												
1. Marque el rango del monto aproximado de ingreso mensual de su grupo familiar.												
De 500 a 600 bs.						De 1000 a 2000						
De 600 a 700 Bs.						De 2000 a 3000						
De 700 a 800 Bs.						De 3000 a 4000						
De 800 a 900 Bs.						De 4000 a 5000						
De 900 a 1000 bs.						De 5000 o más						
2. ¿Quién o quiénes mantienen su hogar?												
Padre:		Madre:		Hermanos:		Tíos:		Primos:		Otros:		
Especifique:												
3. ¿Cómo considera la situación económica de su grupo familiar?												
Muy buena:		Buena:		Regular:		Deficiente:		Crítica:		Mala:		
ÁREA PSICOSOCIAL												
1. Indique con quién vive usted:												
Ambos padres:				Padre:				Madre:				
Hermanos (as):				Tíos (as):				Primos (as):				
Abuelos (as):				Cuñados (as):				Sobrinos (as):				
Otros		Especifique:										
2. Señale cómo son las relaciones con sus padres:												
Excelentes:				Buenas:				Regular:			Malas:	
3. ¿Sus padres viven juntos?												
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> De ser negativa su respuesta señale ¿Por qué?												
Divorciados:				Separados:				Fallecidos:			Otros:	
Indique:												
4. ¿Alguna vez sus padres se han separado?												
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso de ser afirmativa indique con quien vivió después:												
Padre:		Madre:		Hermanos:		Familiares:		Amigos:		Otros:		

Indique:							
5. ¿Qué edad tenía usted al momento de la separación?							
6. Señale cómo son las relaciones con sus padres:							
Excelentes:		Buenas:		Regulares:		Malas:	
7. ¿Tiene buenas relaciones con las personas con quien vive?							
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso de ser negativa indique con quien no tiene buenas relaciones:							
Indique:							
8. Entre los miembros de la familia, ¿A qué familiar acude para manifestarle sus problemas?							
Madre:		Padre:		Hermanos:		Otros:	
Indique:							
9. ¿Cuál es la actitud de su familia cuando le manifiesta sus problemas?							
Indiferencia:		Comprensión:		Apoyo:		Estímulo:	
10. ¿Cómo es la vida en su hogar?							
Feliz:		Satisfactoria:		Tolerable:		Infeliz:	
ÁREA PSICOSOCIAL							
Estado de Salud y Físico							
1. Señale cuáles son sus condiciones de salud actualmente:							
Excelentes:		Buenas:		Regulares:		Malas:	
1. ¿Ha sufrido algún accidente?							
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso de ser afirmativa su respuesta, indique que tipo de accidente sufrió:							
2. Señale si presenta algún problema de visión:							
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso de ser afirmativa su respuesta, indique cuál es el problema:							

3. ¿Usa lentes correctivos?							
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso de ser afirmativa su respuesta, indique ¿Por qué?							
4. ¿Presenta dificultades de audición?							
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso de ser afirmativa su respuesta, indique el (los) oído (s) en el (los) presenta la (s) dificultad (es):							
5. ¿Presenta problemas odontológicos?							
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso de ser afirmativa su respuesta, indique cuál es el problema:							
6. ¿Tiene indicado algún tratamiento por tiempo prolongado?							
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso de ser afirmativa su respuesta, indique qué tratamiento:							
7. ¿Es usted alérgico?							
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso de ser afirmativa su respuesta, indique ¿A qué?:							
Medicamentos:		Comidas:		Bebidas:		Otros:	
Indique:							
8. ¿Es usted asmático?							
Sí No							
9. ¿Presenta alguno de éstos síntomas?							
Pesadillas:		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Mareos		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Se muerde las uñas?:		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza:		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Fobia		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Pérdida de conocimiento:		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Insomnio		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Convulsiones:		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
10. ¿Durante la noche, cuántas horas duerme?							

11. ¿En alguna ocasión ha sido usted operado?					
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso de ser afirmativa su respuesta, indique ¿De qué?:					
12. ¿Ha sufrido usted de enfermedades venéreas?					
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso de ser afirmativa su respuesta, indique ¿Cuál?:					
13. ¿Usted fuma?					
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso de ser afirmativa su respuesta, indique con qué frecuencia lo hace:					
14. ¿Indique usted si es zurdo, derecho o ambidiestro?					
Zurdo:		Derecho:		Ambidiestro	
ANTECEDENTES ACADÉMICOS					
1. ¿A qué edad comenzó a asistir a la escuela?					
2. ¿A qué edad culminó la educación primaria?					
3. ¿Ha repetido algún grado?					
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso de ser afirmativa su respuesta, indique ¿Cuál y por qué?:					
4. ¿A qué edad inició la educación media?					
5. Describa en el siguiente cuadro los institutos donde cursó la educación media:					
Año Cursado	Nombre del Instituto	Tipo		Turno	
		Privado	Público	Mañana	Tarde

6. ¿Ha cursado otros estudios o realizado algún curso?					
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso de ser afirmativa su respuesta, indique ¿Cuáles?:					
7. ¿Cómo considera su rendimiento en los estudios?					
Óptimo		Bueno		Regular	Deficiente
8. ¿Ha perdido algún año escolar y cuántas veces?					
9. ¿Con qué regularidad estudia usted?					
Todos los días:		Después de la instrucción:		Antes de los	Otra:
Indique:					
10. ¿En qué horario le gusta estudiar?					
En la mañana:		En la tarde:		En la noche:	En la madrugada:
11. ¿Cómo le gusta estudiar?					
Sólo (a):		Acompañado (a):			
12. ¿Indique en qué ambiente le gusta estudiar?					
En ambiente tranquilo:		En cualquier ambiente			
13. ¿Está usted satisfecho con su rendimiento escolar?					
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso de ser negativa su respuesta, indique a qué se lo atribuye:					
Falta de interés por los estudios		No haber estudiado suficiente			
Dificultad con las materias		Deficiencia en los métodos de enseñanza			
Problemas personales		Dificultades económicas			
Enfermedad		Otros			
14. ¿Ha recibido educación premilitar?					
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
15. ¿Ha estudiado en alguna Institución Militar?					
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso de ser afirmativa su respuesta, indique en cuál institución:					

16. ¿Ha sido dado de baja de algún Institución Militar?							
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso de ser afirmativa su respuesta, indique cuál institución:							
INTERESES Y ACTIVIDADES HABITUALES							
1. ¿Indique cuál de las siguientes actividades es su preferida?							
Deportivas		Culturales		Sociales		Recreativas	
Otros							
2. ¿A qué dedica su tiempo libre?							
Oír música:		Leer:		Ver televisión:		Internet:	
Ir a Fiestas:		Juegos de mesa		Practicar deporte:		Otra actividad:	
Indique:							
3. ¿Practica algún deporte?							
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso de ser afirmativa su respuesta, indique ¿Cuál?							
4. De practicar algún deporte, indique en qué nivel se ubican las competencias en las que ha participado:							
Internacional:		Nacional:		Estadal:		Otro	
Indique:							
5. ¿Indique qué sección de prensa, programa de radio o televisión prefiere usted?							
Opinión:		Culturales:		Noticieros:		Deportivos:	
Políticos:		Musicales:		Farándula:		Otros:	
Indique:							
6. ¿Ha recibido información sobre educación sexual?							
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso de ser afirmativa su respuesta, indique ¿Quién le facilitó la información?							
Sus Padres:		Profesores:		Familiares:		Amigos:	
						Libros:	
						Otros:	
Indique:							

ACTIVIDAD LABORAL

1. ¿Ha trabajado?

Sí No En caso de ser afirmativa su respuesta, indique lo siguiente:

Actividad que desempeñó:	
--------------------------	--

Tiempo de servicio:	
---------------------	--

2. De estar trabajando o haber trabajado, ¿Cómo son o fueron las relaciones con su jefe y compañeros de trabajo?

Excelentes:		Buenas:		Regulares:		Malas:	
-------------	--	---------	--	------------	--	--------	--

3. ¿Cómo fue su experiencia de acuerdo a la función que cumplió durante el período de trabajo?

DIFICULTADES Y PROBLEMAS

1. ¿Tiene dificultades, dudas o preocupaciones que impidan su desenvolvimiento personal o en grupos?

Sí No En caso de ser afirmativa su respuesta, señale las áreas en qué estas dificultades existen:

En sus estudios:		En su vida social:		En sus relaciones familiares:		En la elección de su carrera:		En el aspecto económico:		Otros aspectos:	
------------------	--	--------------------	--	-------------------------------	--	-------------------------------	--	--------------------------	--	-----------------	--

Menciónelos:

2. ¿Posee usted algún sentimiento de inferioridad?

Sí No En caso de ser afirmativa su respuesta, indique ¿Por qué?

3. ¿Posee usted algún sentimiento de fracaso?

Sí No En caso de ser afirmativa su respuesta, indique ¿Por qué?

4. ¿Padece usted algún sentimiento de resentimiento?										
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso de ser afirmativa su respuesta, indique ¿Por qué?										
5. En su opinión, ¿Cuáles son sus características de personalidad positiva?										
VOCACIONES E IDEAS										
1. ¿Posee usted suficiente información sobre la profesión militar?										
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso de ser afirmativa su respuesta, señale ¿de quién obtuvo la Información?										
Familiares		Amigos		Internet		Militares		Medios de comunicación		Bases aéreas
Otros										
2. ¿Alguna persona se opone a su elección por la carrera militar?										
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso de ser afirmativa su respuesta, señale ¿Quién?										
Padre		Madre		Hermanos		Familiares:		Novia (o)		Otros:
Señale:										
3. ¿Tiene familiares militares?										
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>										
4. ¿Señale con una "X" los motivos que le llevaron a elegir la carrera militar?										
Tradición militar				Por complacer a sus padres						
Problemas familiares				Por estímulo socioeconómico						
Por influencia de amigos o profesores				Por dificultades en otras carreras						
Por prestigio				Por parecer fácil						
Por vocación				Otros:						

Señale:							
5. De ingresar en cualquier Academia Militar Bolivariana, señale con una "X" ¿En cuál de las siguientes actividades complementarias le gustaría participar?							
Banda de Guerra		Estudiantina		Grupo Musical		Aerodelismo	
Orfeón		Radio aficionado		Conjunto de Gaitas		Cátedra Bolivariana	

Yo certifico que he revisado y entendido toda la información que se solicita en la encuesta, la cual he suministrado de manera completa y verdadera en cuanto concierne a mi conocimiento.

Apellidos y Nombres	
Cédula de Identidad	

FIRMA